

Kirsi Bragge

TERVEYSLIIKUNTAINNON HERÄTTÄMINEN OSANA
PÄIHDEKUNTOUTUSTA KANKAANPÄÄN A-KODILLA

Fysioterapian koulutusohjelma
2010

TERVEYSLIIKUNTAINNON HERÄTTÄMINEN OSANA PÄIHDEKUNTOUTUSTA KANKAANPÄÄN A-KODILLA

Bragge, Kirsi
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Fysioterapian koulutusohjelma
Joulukuu 2010
Ohjaaja: Keckman, Marjo
Sivumäärä: 48
Liitteitä: 5

Asiasanat: terveyden edistäminen, terveystoiminta, fyysinen aktiivisuus, päihdekuntoutus, A-koti, soveltava liikunta

Opinnäytetyöni on projekti, jonka yhteistyökumppanina toimi Kankaanpään A-koti. Opinnäytetyön tarkoituksena oli vastata A-kodin tarpeisiin kehittää päihdekuntoutusta fyysisen terveyden neuvontaan ja arviointiin. Projektin taustana käytettiin soveltaen terveystoiminnan tehostettua neuvontamallia, joka on kehitetty Satakunnan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalalla ”Terveystoiminnan palveluketju terveyssektorilla” – projektissa.

Tämän projektin kohderyhminä ovat Kankaanpään A-kodin päihdekuntoutajat, joiden pienyhteisöistä on valittu pilottiryhmä liikuntainterventiota varten sekä A-kodin henkilökunta. Projektin toteutus koostui kahden viikon aikana järjestetyistä neljästä pilottiryhmän tapaamiskerrasta, joihin myös henkilökunnasta osallistuttiin. Pilottiryhmän tapaamiskertojen jälkeen oli henkilökunnan luentoiltapäivä liittyen terveystoimintaneuvontaan. Kolmas toteutusosio koostui terveystoimintaan liittyen arviointilomakkeen kokoamisesta, jonka A-kodin henkilökunnan oli tarkoitus ottaa käyttöön – arvioidessaan päihdekuntoutujan fyysisistä terveyttä.

Projektin tulosten perusteella päihdekuntoutajat ovat hyvin innoissaan terveystoiminnasta sekä kokevat fyysisen ja henkisen terveyden kulkevan käsi kädessä. Henkilökunnan mielipiteet terveystoiminnasta olivat positiivisia, mutta kyselyyn vastanneista suurin osa koki resurssien, kuten työajan, puutteen haittaavan terveystoimintaneuvontaan perehtymistä. Henkilökunnan kyselyn tuloksista tulee ilmi myös ulkopuolisen luennoitsijan tarve terveystoimintaneuvontaa varten. Arviointilomakkeen ja kokoaman terveystoiminnan ”tietopaketin” käyttöönotto koettiin kuormittavaksi ja ajallisesti mahdottomaksi kesälomien myötä. Opinnäytetyön tuloksellisuutta arvioitiin kolmen eri kyselylomakkeen kautta.

Päihdekuntoutuksessa koetaan tarvetta terveystoimintaneuvontaan, jossa esimerkiksi fysioterapeutti toimii henkilökunnan apuna muutosta eteenpäin viemässä. Fyysinen aktiivisuus ymmärretään osaksi terveyden edistämistä, mutta keinot käyttää ja tuoda se neuvonnan kautta esille uupuvat vielä.

AWAKENING ENTHUSIASM FOR HEALTH-RELATED PHYSICAL ACTIVITY AS A PART OF THE SUBSTANCE ABUSE TREATMENT IN A-KOTI IN KANKAANPÄÄ

Bragge, Kirsi

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Physiotherapy

December 2010

Supervisor: Keckman, Marjo

Number of pages: 48

Appendices: 5

Keywords: health promotion, health-related physical activity, physical activity, substance abuse treatment, A-koti, adapted physical activity

My thesis is a project, which was done in collaboration with A-koti in Kankaanpää. The purpose of this thesis was to meet the needs of A-koti to improve their substance abuse treatment to physical health guidance and evaluation. An improved consultation model of health-related physical activity, which has been created during the project called 'Health-service chain in the health sector' in Satakunta University of Applied Sciences in the faculty of social services and health care, was adapted and used as a base for this thesis.

This project's target groups were the substance abusers from A-koti as well as the personnel of A-koti. A pilot group was selected from substance abusers for the physical activity intervention. In the project's realization there were four pilot group's meetings in two weeks time. Also some people of the personnel took part in the meetings. After these meetings there was a lecture afternoon held for the personnel, and the subject of the lecture was health-related physical activity guidance. The third part of the realization of the project was to make an assessment form, related to the health-related physical activity. The personnel of A-koti were supposed to be using this form when they evaluate the substance abusers' physical health.

Based on the results of the project, the abusers in the pilot group were very excited about health-related physical activity and they think that physical health goes hand in hand with mental health. The personnel's opinions about the health-related physical activity were positive, but most of those who answered to the inquiry thought that there were not enough resources, for example time, for getting acquainted with the health-related physical activity guidance. The personnel thought also that an outsider lecturer for the subject would be great. The personnel thought that the assessment form and the introduction of the health-related physical activity's information packet were too encumbering and the timing was not great because of the summer holidays. The thesis results were evaluated with three different inquiry forms.

It is felt in the substance abuse treatment that there is a need for guidance for the health-related physical activity, in which for example a physiotherapist works with the personnel and takes the change forward. It is understood that physical activity is a part of health promotion, but there are yet no means to use it or bring it out through guidance.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITTEET	6
2.1	Tarkoitus	6
2.2	Tavoitteet	7
3	PÄIHDEKUNTOUTUS	9
3.1	Päihteet ja päihderiippuvuus	10
3.2	Lainsäädäntö päihdetyössä	11
3.3	Päihteiden käytön vaikutus toimintakykyyn ja mielenterveyteen	12
3.4	Kuntoutusmuodot ja niihin hakeutuminen.....	13
3.5	Kankaanpään A-koti	15
4	TERVEYTTÄ EDISTÄVÄ LIIKUNTA	17
4.1	Terveysliikunta	19
4.2	Vaikutukset elimistöön ja psyykkeeseen	20
4.3	Koettu terveys	21
4.4	Fyysinen aktiivisuus päihteiden käytön alaisena	22
4.5	Terveysliikuntaneuvonta.....	23
5	PROJEKTIN TOTEUTUS	25
5.1	Liikuntainterventio pilottiryhmässä.....	26
5.2	Henkilökunta.....	28
5.3	Arviointilomake	28
5.4	Tulokset ja arviointi	28
5.4.1	Liikuntaintervention tulokset	28
5.4.2	Henkilökunnan luentoiltapäivä	33
5.4.3	Arviointilomakkeen ja terveysliikunnan tietopaketin käyttöönotto	36
6	POHDINTA.....	37
6.1	Projektin aihe ja rajaus.....	37
6.2	Projektin toteutus	38
6.3	Projektin jatkosuunnitelmia	42
	LÄHTEET	44
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysministeriön tiedotteessa 103/2010 ministeri Paula Risikko toteaa, että sosiaali- ja terveydenhuoltoalan eri tasoilla kohdataan huomattavasti päihteistä aiheutuvia sosiaalisia ja terveydellisiä ongelmakohtia. Risikon mukaan päihde- ja mielenterveysongelmat ovat yleensä kietoutuneita toisiinsa. (Sosiaali- ja terveysministeriö tiedote 103/2010.)

Päihdetilastollinen vuosikirja 2009 – julkaisuun on koottu vuoden 2008 alkoholin käyttöä kokonaisuudessaan sekä sen kehitystä. Vuosikirjan mukaan alkoholin kulutuksen kasvun myötä 2000-luvulla myös alkoholiperäiset sairaudet ja kuolemat ovat nousseet kasvuun. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2009, 15.) Alkoholin suurkuluttajia arvioidaan Suomessa olevan 300 000-600 000 ja suurkuluttajien määrän sekä juodun alkoholinmäärän uskotaan nousseen. Suurkuluttajaksi määritellään henkilö, jolle muodostuu terveysriski alkoholinkäytöstä (Käypä hoito -suositus 2005.)

Alkoholin käytön vaikutukset ovat laajat ja tutkimusten mukaan alkoholi on yli 60 sairauden kehittymisessä osatekijänä. Päihteiden ongelmakäytöstä aiheutuneet terveydelliset häiriöt vaikuttavat työelämään mm. heikentäen työkykyä, työntehon alenemisena, lisääntyvinä poissaoloina, työtapaturmina ja ennenaikaisena eläkkeelle siirtymisenä (Koskinen, Kilpeläinen & Laakso 2007, 1). Kansaneläkelaitoksen myöntämää työkyvyttömyyseläkettä, jonka myöntämiseen alkoholisairauksilla oli osuutta, sai 7877 henkilöä vuonna 2001. 3019 henkilön tapauksessa pääsairaus oli alkoholista johtuva. (Poikolainen 2003, 43.) Huolestuttavinta on, että työikäisten keskuudessa sukupuoleen katsomatta yleisimmät kuolinsyyt vuonna 2008 ovat olleet alkoholiperäiset sairaudet ja myrkytykset. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2009, 20.)

Päihdekuntoutus yleisimmin kohdistuu psykososiaaliseen kuntoutukseen, jolla tarkoitetaan päihdekuntoutujan toimintakyvyn palauttamista suhteessa itseensä, lähiympäristöön ja yhteiskuntaan. Tavalliset arjessa elämisen taidot, kyky itsestä huolehtimiseen ja kyky kuulua yhteiskuntaan toimivat kuntoutuksen lähtökohtina. Psykososiaalisessa kuntoutuksessa keskitytään enemmän kuntoutujan kognitiiviseen puoleen,

kuten päätöksentekokykyyn, tunteiden hallintaan ja muistiin, vaikka henkilö ajatellaankin kokonaisuutena. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2008, 194–195.) Fysioterapialla olisi paljon annettavaa tähän kokonaisuuteen fyysisen, henkisen ja sosiaalisen terveyden edistämisen kautta toimintakyvyn palauttamiseen ja oman kehon uudelleen tuntemiseen.

Mielenkiintoni Kankaanpään A-kodin kanssa tehtävästä yhteistyöstä heräsi opinnäytetyötorilla Porissa syksyllä 2009, jolloin kävi ilmi A-kodin innokkuus uudesta ja mahdollisesti heidän toimintaansa täydentävästä yhteistyötahosta. Kankaanpään A-kodilla on huomattu selkeä päihdekuntoutujien fyysisen kunnon aleneminen viime vuosien varrella, joten päihdekuntoutuksen terveysliikunnan osuutta ja fyysisen terveyden arvioinnin ominaisuuksia halutaan monipuolistaa. Myös Paula Risikko toteaa, että mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisessä tulisi painottaa asiakkaan aseman ja osallisuuden vahvistamista (Sosiaali- ja terveysministeriö tiedote 103/2010). Tämän toteamuksen mukaan myös Kankaanpään A-koti haluaa monipuolistaa ja mahdollistaa päihdekuntoutujilleen kokonaisvaltaisemman kuntoutusjakson.

2 PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITTEET

2.1 Tarkoitus

Kankaanpään A-kodilla päihdekuntoutujaa arvioidaan kuuden eri osa-alueen kautta ASTA-työskentelyn® mukaisesti. ASTA-työskentely® on kuntoutuksen asiakasläh- töistä suunnittelua, toteutusta ja arviointia. Yksi näistä osa-alueista on fyysisen terveyden arviointi, jossa tällä hetkellä tutustutaan vain fyysiseen tilaan, sairauksiin, lääkityksiin ja siihen onko fyysisessä terveydessä päihdekuntoutukseen vaikuttavia tekijöitä. (Kankaanpään A-koti.)

A-kodilla kannustetaan liikkumiseen ja sieltä kuljetetaan asiakkaita muun muassa pelaamaan sählyä ja uimaan sekä A-kodilla on oma kuntosali, joka on asiakkaiden käytössä. Tällä hetkellä ei kuitenkaan ole mitään fyysistä aktiivisuutta edistävää neu- vontaa tai liikuntaa. Asiakkaat saavat itse päättää osallistuvatko he, esimerkiksi uimi-

seen. Asiakkaiden liikkumista kuntoutusjaksolla, sitä ennen ja jälkeen ei neuvota tai valvota millään tavalla.

Opinnäytetyöni aihe vastaa A-kodin tarpeita kehittää päihdekuntoutustaan fyysisen terveyden neuvontaan ja arviointiin. Projektissa toteutettavan liikuntaneuvonnan ja -arviointin taustana käytetään soveltaen terveystieteiden tehostettua neuvontamallia, joka on kehitetty Satakunnan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalalla ”Terveystieteiden palveluketju terveyssektorilla” – projektissa. Liikuntaneuvonnan toteutusten pohjana on transteoreettinen muutosvaihemalli.

2.2 Tavoitteet

Projektin päätavoitteena on monipuolistaa päihdekuntoutuksen terveystieteiden osuutta ja fyysisen terveyden arvioinnin ominaisuuksia.

Projektin osatavoitteet:

1. Pilotointi liikuntaneuvonnasta päihdekuntoutujille
2. Henkilökunnan perehdytys liikuntaneuvontaan
3. Arviointilomakkeen kehittäminen

Projektin osatavoitteena on lisätä tietoa Kankaanpään A-kodin päihdekuntoutujille terveystieteiden ja terveyden tukitaidosta. Pilottikokeilussa pyritään saavuttamaan transteoreettisen muutosvaihemallin harkintataso (Taulukko 1) eli asiakkaat tiedostaisivat liikunnan tarpeen ja miettivät vakavasti muutosta elintapoihinsa, mutta eivät välttämättä ole vielä valmiita muuttamaan niitä. Valmisteluvaiheeseen pääseminen olisi ideaali, mutta tapaamiskertojen lyhyellä aikavälillä sitä on lähes mahdoton saavuttaa. (Vähäsarja, Poskiparta, Kettunen & Kasila 2004, 83.) Tapaamiskertoja ei voi sijoittaa pidemmälle aikavälille, koska asiakkaat ovat keskimäärin 1-3 kuukautta päihdekuntoutuksessa.

Taulukko 1. Liikuntakäyttätymisen muutosvaiheet ja – prosessit sekä neuvontamenetelmät eri vaiheissa (Vähäsarja ym. 2004, 83).

Muutosvaihe	Vaiheen kuvaus	Muutosprosessit (1-5 kokemuseräiset) (6-10 toiminnalliset)	Neuvontamenetelmät
Esiharkinta	Ei ole tietoinen muutostarpeesta, ei halua muuttaa käyttäytymistään tai ei usko pystyvänsä käyttäytymisen muutokseen.	1 Tietoisuuden lisääntyminen 2 Itsensä uudelleenarviointi	Nykyisen aktiivisuustason arviointi ja neutraali informaatio terveyttä edistävän liikunnan merkityksestä.
Harkinta	Tiedostaa liikunnan lisäämisen tarpeen ja pohtii vakavasti muutosta. Ei kuitenkaan ole vielä valmis muuttamaan käyttäytymistään.	3 Ympäristön uudelleenarviointi 4 Dramaattinen apu (esim. oma tai toisen sairaskohtaus)	Muutoksen haitoista ja hyödyistä keskusteleminen (itselle ja läheisille). Liikunnan esteiden kartoitus ja ongelmanratkaisukeinojen pohtiminen.
Valmistelu	Motivoitunut ja valmis lisäämään liikunnan-harrastamista lähialueilla. Tekee jo pieniä muutoksia liikunta-käyttäytymisessä.	5 Sosiaalinen vapautuminen 6 Ratkaisun tekeminen /	Liikuntamahdollisuuksien ja sosiaalisen tuen kartoitus. Konkreettisten tavoitteiden asettaminen ja suunnitelman laatiminen yhdessä asiakkaan kanssa.
Toiminta	Panee toimeen muutospäätöksen ja sitoutuu siihen. Lisää konkreettisesti liikunnan harrastamista.	7 Vaihtoehtoinen käyttäytyminen 8 Ärsykekontrolli	Positiivinen palaute ja kannustaminen. Repsahdusta edesauttavien tekijöiden kartoittaminen ja ennaltaehkäisy. Kehottaminen itsensä palkitsemiseen.
Ylläpito	On toteuttanut päätöksensä mukaisesti säännöllistä liikuntaa vähintään puoli vuotta. Liikunnasta tulee elämäntapa.	9 Vahvistaminen/palkitseminen 10 Auttavat ihmissuhteet	Kannustaminen ja motivoiminen.

Toisena osatavoitteena on perehdyttää Kankaanpään A-kodin henkilökuntaa terveysliikuntaneuvontaan, jotta he pystyisivät ottamaan terveysliikuntaneuvonnan omiin pienyhteisöihinsä mukaan. Pienyhteisö koostuu noin kymmenestä päihdekuntoutujasta ja 3-6 päihdetyöntekijästä (Kankaanpään A-koti).

Kolmantena osatavoitteena on kehittää A-kodille arviointilomake terveysliikuntaan ja terveyden lukutaitoon liittyen. Lomake laajentaisi fyysisen terveyden arviointia myös terveysliikunnan puolelle.

Keskeisenä haasteena projektissa on päihdekuntoutujien psyykinen tila ottaa tietoa vastaan, työntekijöiden asenne aihetta kohtaan ja valmiudet liikuntaneuvontaan. Projektin toteutuksen riskit perustuvat yhteiskunnan tämän hetkiseen taantumaan, sillä kunnilla on vähän määrärahoja myöntää tällä hetkellä päihdekuntoutusta, joten kuntoutujien määrä kyseisenä toteutusajankohtana voi olla vähäinen ja kuntoutusjaksot ovat keskimäärin vain kuukauden mittaisia. Toteutuksen riskeinä ovat myös henkilökunnan motivaatiot ja osallistuminen projektiin.

3 PÄIHDEKUNTOUTUS

Yksi yhteiskuntamme merkittävistä terveysuhkista on alkoholiongelma. Suomalaisista aikuisista noin 90 prosenttia käyttää jonkin asteisesti alkoholia (Havio, Inkinen & Partanen, 2008, 53). Alkoholiongelmiiin liittyy usein myös muita mielenterveysongelmia, kuten masennusta ja sekakäyttöä. Sekakäyttö tarkoittaa esimerkiksi lääkkeiden ja huumeiden yhtäaikaista käyttöä alkoholin kanssa (Käypä hoito – suositus 2005 ja 2006.) Esimerkiksi nuorilla vakavia masennustiloja näyttää kasvattavan räjähdysmäisesti päihteiden ja huumeiden käyttö (Turtonen 2006, 17). Suomalaisista 15–69 –vuotiaista 12 % kertoo kokeilleensa tai käyttäneensä jotain huumetta. Riippuvuus vaikuttaa alkoholiongelmaisen koko elämäntilanteeseen, joten myös päihdekuntoutuksen on oltava kokonaisvaltaista. (Käypä hoito – suositus 2005 ja 2006.)

Kuntoutukselle on monenlaisia määritelmiä ja sen muoto muuttuu yhteiskunnan muutoksissa. Kuntoutuksen haasteina Suomessa ovat sairauden tai vamman aiheuttamat haitat, työssä jaksaminen, pitkäaikaistyöttömyyden, syrjäytymisen uhan ja kotona selviytymisen tuen tarpeet. (Järvikoski 2004, 3). Maailman terveysjärjestö WHO:n ICF-luokitus (International Classification of Functioning, Disability and Health) on kuntoutuksen uusi sairauskäsitys, joka pyrkii antamaan kontekstin terveyden ja terveyteen liittyvien tilojen jäsentämiseen. (Järvikoski & Härkäpää 2008, 54; Järvikoski & Karjalainen 2008, 82).

Valtioneuvoston kuntoutusselonteossa (2002, 3) määritellään kuntoutus ”ihmisen tai ihmisen ja ympäristön muutosprosessiksi, jonka tavoitteena on toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistäminen”. Suunnitelmallisuuden ja moniammatillisen toiminnan tavoitteena on auttaa kuntoutujaa hallitsemaan elämäntilanteensa (Valtioneuvoston kuntoutusselonteko 2002, 3). Kuntoutuksella pyritään yksilön ja ympäristön välisen suhteen muutokseen, psykofyysisen muutoksen lisäksi (Järvikoski 2004, 17).

Päihdekuntoutus alkaa päihderiippuvaisen akuuttivaiheen hoidon jälkeen. Tarkoituksena on irtautuminen päihdekierteestä uuden suhtautumisen kautta riippuvuutta aiheuttaneeseen päihteeseen. (Holopainen 2008, 214.) Päihdekuntoutus on havaittu vai-

kuttavaksi yksilöllisen kuntoutuksen, kansanterveyden sekä kustannusvaikuttavuuden näkökulmista useimmissa tutkimuksissa. Päihdehuoltolain 41/1986 mukaisesti päihdekuntoutus toteutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa ja tarpeen mukaan kuntoutuja ohjataan päihdehuollon erityispalveluihin. Päihdekuntoutus on yleensä kuntoutujan kohdalla yhdistelmä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, avo- ja/ tai laitoshoidon sekä päihdeongelmaisille tarkoitettuja palveluja. (Finlex®; Valtioneuvoston kuntoutusselonteko 2002, 16.)

3.1 Päihteet ja päihderiippuvuus

Addiktio tarkoittaa sellaista pakonomaista riippuvuutta, joka tuottaa välitöntä tyydytystä ja josta seuraa lisääntyvästi haittaa henkilölle itselleen. Siitä on myös vaikea päästä eroon yrityksistä huolimatta. Addiktio käsitteenä liitettiin päihteiden väärinkäyttöön 1800-luvulla raittiusliikkeen nousun myötä. Synnistä sairaudeksi päihderiippuvuus muuttui lääketieteelliseen ajatteluun siirryttäessä. Sairauden tunnusmerkeinä pidettiin mm. päihteiden käytön hallinnan menetystä ja vieroitusoireiden esiintymistä. Addiktion psyykkistä ja sosiaalista puolta korostetaan enemmän nykyään, koska ihminen voi kehittää riippuvuuden, esimerkiksi ruokiin ja liikuntaan, joissa ei nautita tiettyjä kemiallisia aineita eikä vieroitusoireita ilmene. (Koski-Jännes, Jussila & Hänninen 2000, 24–26.)

Sosiaali- ja terveysministeriö luokittelee päihteeksi alkoholin, sen korvikkeet, huumausaineet ja päihtymistarkoitukseen käytetyt lääkkeet. (Sosiaali- ja terveysministeriö: päihdehaitat 2009). Päihderiippuvuus määritellään itsenäiseksi, eteneväksi ja relapsoivaksi kroonisen sairauden kaltaiseksi tilaksi, joka jakautuu fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen riippuvuuteen sekä näiden yhdistelmiin. Fyysisen riippuvuuden ilmeneminen näkyy päihteiden käytön loputtua johtuvista vieroitusoireista. Psyykkinen riippuvuus syntyy, kun päihteet koetaan hyvinvoinnille välttämättöminä ja tunnetiloja säädellään niiden avulla. Sosiaalinen riippuvuus perustuu päihdekeskeiseen verkostoon kiinnittymisenä. (Kujasalo & Nykänen 2005, 88; Havio ym. 2008, 42–43)

Alkoholinkäytön aiheuttaessa negatiivisia seurauksia voidaan puhua alkoholin riskikäytöstä, joka on ensimmäinen vakava riippuvuuden alkamisen varoitusmerkki. Mikäli päihteiden käyttö jatkuu samanlaisena riskikäytöstä aiheutuvista ongelmista huolimatta, puhutaan alkoholiongelma. (Kujasalo & Nykänen 2005, 88.) Päihteiden käyttäjällä on aina omat motiivinsa ja syynsä päihteiden käyttöön, jolloin olennaisinta on millaisia merkityksiä hän päihteen käytölleen antaa sekä millaista roolia käyttö alkaa näyttellä jokapäiväisessä elämässä. Haittoja aiheuttamaton alkoholin käyttö kehittyy ongelmakäytöksi yleensä huomaamatta ja pitkän ajan kuluessa. Ongelmakäytöksi kehittyessään päihteiden käytön haitta-aste leviää päihteenkäyttäjistä läheisiin, työelämään ja yhteiskuntaan. (Havio ym. 2008, 42, 53 ja 66.)

3.2 Lainsäädäntö päihdetyössä

Päihde- ja mielenterveyspalveluiden toimivuudesta vastaa sosiaali- ja terveysministeriö määrittelemällä palveluiden kehittämistä, lainsäädäntöä ja uudistusten toteutuksia. Palveluiden järjestämisestä vastaavat kunnat, jotka voivat tuottaa palvelut itsenäisesti tai yhdessä muiden kuntien kanssa tai ostaa ostopalveluna muilta kunnilta tai yksityissektorilta. (Sosiaali- ja terveysministeriö: päihdetyö- ja palvelut 2009 ja mielenterveys- ja päihdepalvelut 2010.)

Sosiaali- ja terveysministeriö sekä Suomen Kuntaliitto ovat yhdessä tehneet vuonna 2002 Päihdepalvelujen laatusuositukset – oppaan, jonka avulla pyritään luomaan laadukkaita päihdepalveluita. Perimmäisenä ajatuksena on ollut päihdehaittojen ehkäisyyn huomioiminen kuntien päätöksenteoissa. Suositukset on tarkoitettu käytettäväksi kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen päihdetöissä. (Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3, 9.)

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma ”Mieli ja päihde” on viimeisin sosiaali- ja terveysministeriön työryhmän laatima ehdotuslista mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Ensimmäisen kerran mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä linjataan kokonaisuutena valtakunnallisesti. Suunnitelman pyrkimyksinä ovat mielenterveys- ja päihdeasiakkaan aseman vahvistus, mielenterveyden ja päihhteettömyyden edistäminen sekä haittojen ehkäisy ja avo- ja peruspalveluiden

painotus mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmässä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010; Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2010.)

Keskeisimpiä lakeja päihdekuntoutuksen ja sen toiminnan säätelyyn ovat päihdehuoltolaki 41/1986, raittiustyölaki 828/1982, sosiaalihuoltolaki 710/1982, kansanterveyslaki 66/1972, erikoissairaanhoidtolaki 1062/1989, lastensuojelulaki 417/2007, laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000 ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. (Sosiaali- ja terveysministeriö: sosiaali- ja terveyspalvelut 2009; Finlex®.)

3.3 Päihteiden käytön vaikutus toimintakykyyn ja mielenterveyteen

Päihteiden pitkäaikaiskäytön terveyshaitat koostuvat vanhenemisen tavoin, maksa- ja haimavaurioista, hermosolujen vaurioitumisista ja lihassurkastumisista, sydämen toimintahäiriöistä, suolistomuutoksista (ravinnon laatu heikkenee), hormonaalisista vaikutuksista, osteoporoosin lisääntymisestä, eriasteisista aivovaurioista mm. pikkuaivoissa ja sitä mukaa älyllisen suorituskyvyn heikkenemisestä. Usein myös riskikäyttäminen lisääntyy, jolloin infektioherkkyys nousee. Erityisesti alkoholinkäyttöön liittyy myös pahanlaatuisten kasvaimien ja syöpämuutosten esiintyminen. (Koponen & Lepola 2008, 222–223; Rehunen 1997, 142–144.) Eriasteisten päihteiden sekakäyttö vaikeuttaa vielä päihderiippuvaisen terveyshaittojen oirekuva.

Päihteiden käyttö on yhteydessä muihin psykiatrisiin häiriöihin, kuten mieliala- ja persoonallisuushäiriöihin, yhtenä merkittävästi toimintakykyä alentavana tekijänä. Päihteiden vaikutuksen alaisena tapahtuu suurin osa itsemurhayrityksistä ja tapaturma-alttius on suurimmillaan. (Koponen ym. 2008, 219–223.) Alkoholinkäyttö on riskitäiteistä, sillä se nostattaa mielialaa hetkellisesti, laukaisee ahdistusta ja helpottaa nukahtamista. Samalla se kuitenkin vaikuttaa suoraan keskushermoston aineenvaihduntaan ja lisää masentuneisuutta kemiallisesti. (Turtonen 2006, 17.) Alkoholiriippuvaisista noin 60 prosentilla esiintyy masennusta. Päihdekuntoutuksessa tulee huomioida raitistumistavoitteen lisäksi muut sairaudet, sillä alkoholiriippuvaisista kahdella kolmanneksella esiintyy muita psykiatrisia häiriöitä, esimerkiksi ahdistuneisuus- ja mielialahäiriöitä. (Koponen ym. 2008, 223–226.)

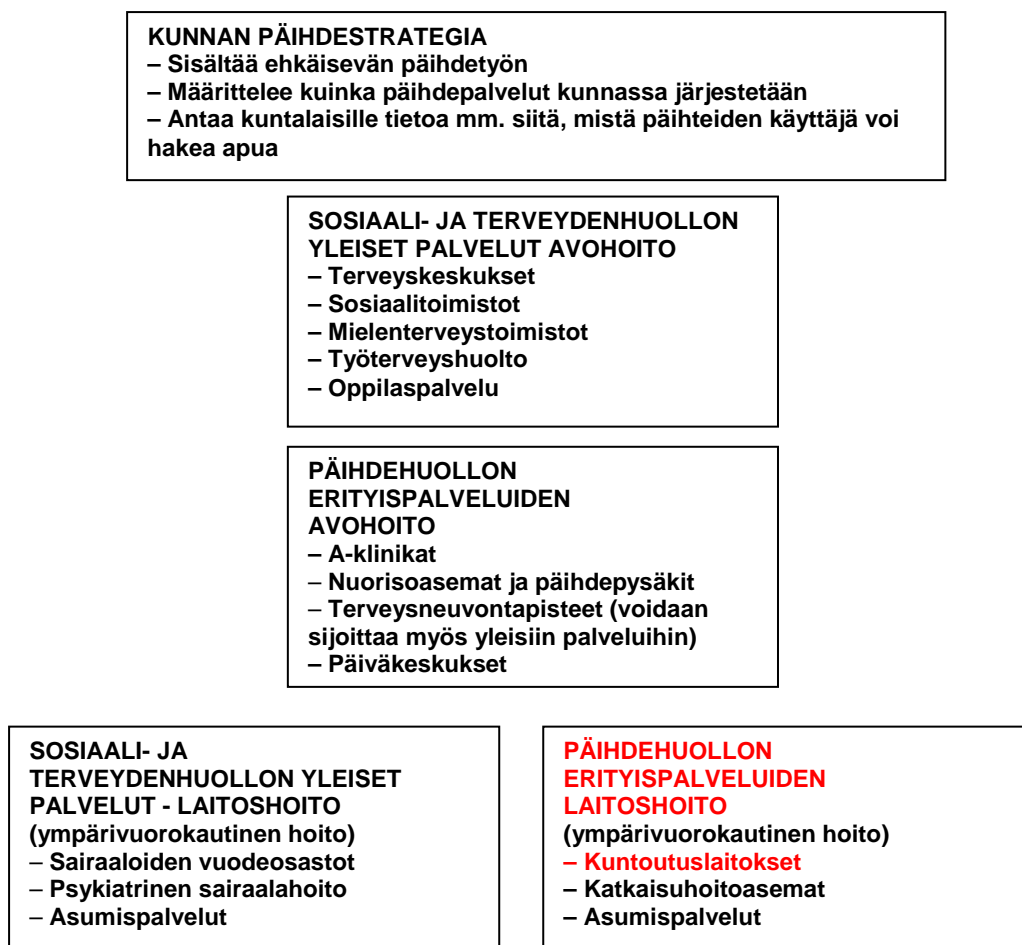
Päihderiippuvuudessa on kyse myös motivaatio-ongelmasta liittyen henkilön toimintakykyyn. Ihmisten toiminnassa motivaatio on olennainen osa monella tasolla, kuten arvoissa, haluissa, tavoitteellisissa toiminnoissa ja välittömissä reaktioissa. Tämän vuoksi on tärkeää tietää päihdekuntoutujan motivaatiotaso, jotta voi ymmärtää päihdekuntoutujan valmiudet ja halut muuttaa omaa käytöstään. (Koski-Jännes 2008, 7.)

Fysioterapiassa on monenlaisia keinoja vaikuttaa ihmisen toimintakykyyn ja mielen-terveyteen. Päihdeongelmat tuovat mukanaan monenlaisia toiminnan häiriöitä kehos-
sa, joita liikkumattomuus vielä voi korostaa. Tuki- ja liikuntaelimistön rakenteelliset ja toiminnalliset heikkoudet lisääntyvät elimistön käyttämättömyydestä ja vähäisestä kuormituksesta (Heiskanen & Mälkiä 2002, 18). Terveysliikuntaneuvonnalla saadaan henkilö motivoitumaan itsestä huolehtimiseen liikunnan terveysvaikutusten myötä (Nupponen & Suni 2005, 216–219). Esimerkiksi lihasten surkastumiseen ja osteopo-
roosin ehkäisyyn pystytään vaikuttamaan terveysliikunnan keinoin (Vuori 2005, 12–15). Terveysliikuntaneuvonnassa keskitytään yksilöllisesti jokaiseen henkilöön ja huomioidaan heidän kokonaisvaltainen tilanteensa muun muassa liikkumistavoittei-
den määrittelyssä (Nupponen ym. 2005, 216–219).

Psykofyysisen fysioterapian avulla pystytään keskittymään vieläkin tarkemmin oman kehon tunnistamiseen ja tuntemuksiin. Roxendal (1987) jakaa kehotietoisuuden liike- ja kokemusaspekteihin. Liikeaspektit koostuvat sisäisistä kokemuksista (lihas- ja ni-
velaisti) ja itsensä tarkastelusta ulkoapäin (peili). Kokemusaspektissa taas huomio keskitetään itsensä seuraamiseen ja kuuntelemiseen, jolloin vähitellen tullaan tietoi-
semmiksi omasta kehosta ja sen toiminnoista. (Herrala, Kahrola & Sandstöm 2008, 5-33.)

3.4 Kuntoutusmuodot ja niihin hakeutuminen

Sosiaali- ja terveysministeriön sekä Suomen Kuntaliiton tekemässä Päihdepalvelujen laatusuosituksessa – oppaassa on kuvattu seuraavalla kuviolla (Kuvio 1) päihdepalvelu-
järjestelmää. (Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3, 28.)



Kuvio 1. Päihdepalvelujärjestelmä (Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3, 28.)

Käsittelen päihdehuollon erityispalveluiden laitoshoidon kohtaa, koska projektin yhteistyötahona on Kankaanpään A-koti, joka on päihdekuntoutuslaitos. Päihdekuntoutusta laitostuodossa tarjotaan erikoissairaanhoidossa psykiatrisissa, yksityisissä hoitolaitoksissa sekä kuntien kuntouttamisyksiköissä, kuten toimintakeskuksissa. Satakunnan alueella yksityisiä päihdepalveluja tarjoaa Kankaanpään A-koti ja Punkalaitumen Marjalinna. Erikoissairaanhoidon palveluja tarjoavat Satakunnan sairaanhoidopiirin psykiatrian osasto 71 ja Vammalan aluesairaalan psykiatrian osasto 5. (SalpaNet: päihdekuntoutus 2006.) Yleisesti ottaen kuntoutuslaitokset tarjoavat pidempi- aikaisia hoitajaksoja, useimmiten viikoista kuukausiin kestävä, mutta joissakin yksiköissä hoitajakso saattaa kestää 1-1,5 vuotta. Kuntoutuslaitosten tarjontaan voi kuulua myös katkaisuhoidot. Hoitoaika määräytyy yksilöllisesti ja kuntien määrittämien maksusitoumusten mukaan. (Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3, 28, 32; Havio ym. 2008, 101.)

Päihteiden ongelmakäyttäjä voi hakeutua päihdehoitoon itse ottamalla yhteyttä oman paikkakunnan terveyskeskukseen, työ-, koulu- tai opiskelijaterveydenhuoltoon, neuvolaan, A-klinikkaan, sosiaalitoimeen, mielenterveystoimistoon. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset ohjaavat hoitoon hakeutumisessa, päihteiden ongelmakäytön hoitamisessa ja antavat tietoa mm. eri päihdepalveluista. Arvioitaessa asiakasta mietitään yhdessä sopiva hoitomuoto huomioiden hoidon tarve. (SalpaNet: tilannekartoitus 2006; Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2008, 136–137.)

Kuntoutushoidon maksukäytännöissä on eroavaisuuksia paikkakunnittain. Yleisesti hoidon hinta koostuu kuntaosuudesta ja asiakasmaksusuudesta. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 137.) Maksusitoumus, jonka myöntää kunnan sosiaalityöntekijä, tarvitaan yksityisiin hoitolaitoksiin ja – paikkoihin. Kunnan kuntoutusyksiköihin voi ottaa suoraan itse yhteyttä. Lääkärin lähete tarvitaan ennen sairaalahoitoon pääsyä. (SalpaNet: päihdekuntoutus 2006.)

Työmuotoina yksilö- ja ryhmäkeskustelut, terveyden kohennus, toiminnallinen kuntoutus ja jatkohoitosuunnitelma ovat keskeisimpiä. Laitos voi koostua useista eri osastoista tai yhteisöistä, esimerkiksi vastaanotto-, jatkokuntoutus- tai intervalliyhteisö ja siellä voi olla naisille sekä miehille suunnattuja omia osastoja (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 136). Kuntoutus voi tapahtua myös perhekuntoutuksen muodossa. Laitoskuntoutusta ja katkaisuhoidtoa tarjoavia yksiköitä oli 47 vuonna 2000, jolloin asiakkaiden määrä oli noin 11 000 hlö/vuosi. (Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3, 28, 32; Havio ym. 2008, 101.)

3.5 Kankaanpään A-koti

Kankaanpäässä toimivalla A-kodilla on toteutettu päihdekuntoutusta vuodesta 1954 lähtien. A-koti on Vapaan Alkoholistihuollon Kannatusyhdistys VAK ry:n ylläpitämä päihdekuntoutuslaitos, joka tarjoaa päihdekuntoutusta naisille, miehille ja perheille. Kuntoutuksen peruspohjana on yhteisöllisyys eli yhteisö toimii muutoksessa yhtenä eteenpäin vievänä tekijänä. Yhteisö jakaantuu pieniyhteisöiksi, joissa on noin

10 asiakasta sekä 3-6 hengestä koostuva työryhmä. Työryhmään kuuluu sosiaalityöntekijä, sosionomi tai lähihoitaja ja psykiatrian sairaanhoitaja (Kankaanpään A-koti.)

ASTA-työskentely® ja yhteisöllisyys ovat Kankaanpään A-kodin psykososiaalisen kuntoutuksen perusta. Toiminnanperiaatteina ASTA-työskentelyssä® ovat asiakkaan elämäntilanne ja muutosmotivaatio, joita arvioidaan kuudelta osa-alueelta: päihteiden käyttö ja vieroitusoireet, fyysinen ja psyykkinen tilanne sekä toimintakyky, hoitovalmiudet, retkahdusriskit ja ympäristötekijät. Yhteisöllisyys korostuu pienyhteisöissä, joissa jokaisella on oma vastuualueensa yhteisön toimivuudesta, turvallisuudesta sekä ympäristön siisteydestä. Yhteisön voima muutosprosessissa perustuu vuorovaikutukseen sekä vertaistuen saamiseen ja jakamiseen. (Kankaanpään A-koti.)

Varsinaisesti kiinteitä kuntoutusjaksoja ei ole, vaan asiakkaan tarpeet huomioidaan ja mietitään niiden mukaan kuntoutusjakson pituutta. Jokaisella päihdekuntoutusjaksolla asiakkaalle laaditaan yksilöllinen kuntoutussuunnitelma, jossa huomioidaan sen hetkinen elämäntilanne ja asiakkaan omat kuntoutumismotivaatiot. (Kankaanpään A-koti.)

Kuntoutus etenee asiakkaan kuntoutussuunnitelman mukaan. Päihdekuntoutusjakso sisältää yksilöllisiä tehtäviä, toiminnallista kuntoutusta sisältäen kädentaitoja, liikuntaa ja työtehtäviä, ohjattuja keskustelu- ja teemaryhmiä, viikoittaiset asiakkaan tekemät henkilökohtaisen hyvinvoinnin ja kuntoutustoiminnan arviot, henkilökohtaisia keskusteluja, jatkosuunnitelman sekä lääkärin palvelut. Vapaa-ajalla on mahdollisuus harrastaa mm. uintia, sulkapalloa ja sählyä, joihin viedään viikon aikana neljä kertaa vapaaehtoisesti ilmoittautuneita. (Kankaanpään A-koti.)

Kankaanpään A-kodin päihdekuntoutukseen pääsee oman kunnan sosiaalitoimen tai A-klinikan tekemän maksusitoumuksen myötä. Kun päätös maksusitoumuksesta on tullut, vahvistaa A-koti paikan ja lähettää tulokirjeen. Asiaksmaksuun voi hakea toimeentulotukea. A-kotia voi lähestyä soittamalla, sähköpostitse tai tutustumiskäynnillä. (Kankaanpään A-koti.)

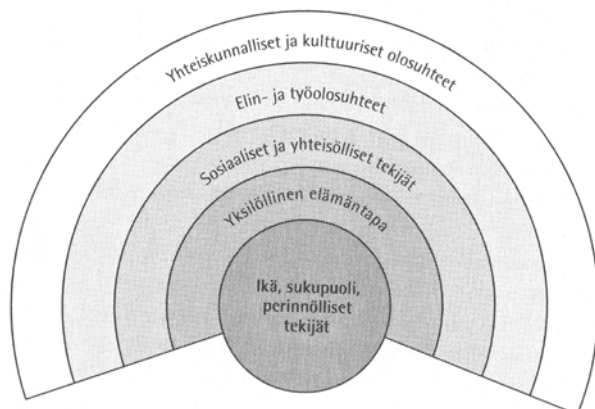
4 TERVEYTTÄ EDISTÄVÄ LIIKUNTA

Suomalaisille tärkeimpiin arvoihin lukeutuu terveys, koko elämän voimavarana. (Niiniluoto 2007, 10; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006:19, 15.) Kansanterveystyön uudistuksessa (2005/928) on lueteltu terveyden edistäminen osana kansanterveystyötä ja sen toteuttaminen on kunnan kaikkien organisaatioiden yhteistyötä (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19, 13).

Maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan terveys on fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen, emotionaalinen ja hengellinen hyvinvointi, joka vaihtelee elämänkaaren eri vaiheissa (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19, 15). WHO:n määritelmä on saanut kritiikkiä, koska siinä terveys kuvataan täydellisenä tilana, joka usein on saavuttamattomissa (Vertio 2003, 26).

Sosiaali- ja terveysministeriön terveyden edistämisen laatusuosituksessa 2006 terveys on ajateltu hyvinvointina, toimintakykyisyytenä ja ihmisten ja ympäristön välisenä tasapainoisena vuorovaikutuksena. Terveys voidaan ymmärtää myös selviytymiskeinona elämänkaaren eri vaiheiden työ- ja toimintakyvyn haasteista, vaikka lisätekijöinä olisivat vielä sairaudet ja elämänlaatua heikentävät häiriötekijät (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19, 15).

Terveys – käsitteenä on vaikea määrittää sen monista ulottuvuuksista, eri tieteenalojen näkökulmista ja jokaisen omista kokemuksellisista terveyden eroista johtuen. (Vertio 2003, 15). Terveys – määrittelyjen perusta voi olla hyvinvointi tai sairauden poissaolo (Green & Tones 2010, 8). Elimistön sisäisten ja ulkoisten kuormitusten kestäminen on ominaista terveydelle (Vuori 2005, 21). Dahlgrenin ja Whiteheadin 1991 esittämään terveyden ja sairauden sipulimalliin (Kuvio 2) on koottu terveydentilaan vaikuttavia tekijöitä (Järvikoski 2004, 83).



Kuvio 2. Dahlgrenin ja Whitheadin 1991 sipulimalli terveydentilaan vaikuttavista tekijöistä (Järvikoski 2004, 83).

WHO:n 1986 mukaan terveyden edistäminen on prosessi, joka tarjoaa yksilöille ja yhteisöille mahdollisuudet hallita terveyttään ja siihen vaikuttavia taustatekijöitään. Terveyden syntyyn, säilymiseen ja heikentymiseen vaikutetaan omien elämäntapojen kautta ja samalla eri palvelujärjestelmät pyrkivät vastaamaan ihmisten terveystarpeisiin. Terveyden edistäminen kuuluu olennaisesti kuntoutuksen ja sairaanhoidon asiakastyöhön. Terveyden edistämisen tavoitteita mietitään eri näkökulmien kautta, esimerkiksi sisältökysymyksinä ovat päihteiden käyttö ja liikunta (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2006:19, 15–17).

Terveystieteiden tutkimuskeskus 2015- kansanterveysohjelma sisältää väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen linjaukset. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus terveyden edistäminen ja ehkäisevä terveydenhuolto – hankkeen tavoitteena on kansansairauksien esiintymisen ja hoidon tarpeen vähentyminen sekä päihteiden käytön ja niistä aiheutuvien terveyspalveluiden kuormituksen vähentäminen. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2007:51, 15). Liikuntapolitiittinen painopiste on elämän eri vaiheissa edistää väestön hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä (Fogelholm 2007, 3). Terveyden edistämisen lähtökohtina pitää olla asiakas, vuorovaikutussuhde asiakkaan ja ohjaajan välillä, yhteistyötahot, eettiset kysymykset ja yksilöllisesti mietittyjen suunnitelmien uudelleentulkinta (Hirvonen, Koponen & Hakulinen 2002, 56).

4.1 Terveysliikunta

Urheilun käsite on muovautunut liikunnaksi ja siitä edelleen kunto- ja terveysliikunnaksi yhteiskunnan muuttuessa. Nykyisin puhutaan liikuntaan liittyen myös hyvinvoinnista, joka on yksi keskeisimpiä käsitteitä liikunnan ja fyysisen aktiivisuuden parissa. Hyvinvoinnin taholta uusimpina käsitteinä liikunnan ja urheilun maailmaan ovat nousseet toimintakyvyn parantuminen, syrjäytymisen ehkäisy, työelämässä jaksaminen/pysyminen, osallistuminen, elämykset ja sosiaalisuus. (Heikkala 2007, 19.) Terveys ja toimintakyky ovat hyvinvoinnin edellytyksiä (Melkas & Miettinen 2007, 5).

Fyysinen aktiivisuus – käsite sisältää mm. liikunnan, mutta se viittaa ainoastaan fyysiin ja fysiologisiin asioihin. Fyysisen aktiivisuuden vastineena käytetään usein sanaa liikkuminen, joka on laaja-alaisempi kuin liikunta – sana ja siihen ei sisällytetä harrastamista. (Vuori 2005, 20.) Niiniluoto (2007, 10) toteaa artikkelissaan ”Liikkumattomat liikkeelle – valistusta vai holhousta?”, että ”liikunta edellyttää henkilön tarkoituksellista fyysistä aktiivisuutta”. Niin kilpaurheilussa kuin arki- ja hyötyliikunnassakin syntyy terveysvaikutuksia. Huippu-urheilua harrastetaan usein työkseen ja terveyden rajamailla. Liikunnan toinen ääripää kuuluu fyysisesti passiivisille eli niille, jotka liikkuvat terveytensä kannalta riittämättömästi. (Niiniluoto 2007, 10.)

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksessä 2007:1 on todettu, että terveytensä kannalta riittävästi liikkuu 60–65% aikuisista ja naiset liikkuvat vielä miehiä yleisemmin. Aikuisista vähiten liikkuvat 30–45 –vuotiaat ja yli 75-vuotiaat. 60–75 –vuotiaat olivat fyysisesti aktiivisimpia aikuisia. Eniten liikuntaa harrastavat hyvin koulutetut ja vähiten maaseudulla asuvat ja yrittäjät. (Fogelholm, Paronen & Miettinen 2007:1, 40–57.)

Vuori (2003, 27) määrittelee terveysliikunnan sellaiseksi liikunnaksi, joka vaikuttaa edullisesti terveyteen, eikä se tuota terveydellisiä haittoja tai vaaroja. Terveysliikunnan on toistuttava riittävän usein, oltava kuormittavaa ja jatkuvaa. Fogelholm ja Oja (2005, 77–78) taas määrittelevät terveysliikunnan kaikeksi fyysiseksi aktiivisuudeksi, joka tehokkaasti ja turvallisesti parantaa tai ylläpitää terveystilaa, joka sisältää mm. aerobisen, motorisen ja tuki- ja liikuntaelimistön kunnon.

Terveysliikuntasuositusten lähtökohtina ovat olleet liikunnan ja terveyden annosvastesuhteesta tutkimuksissa muodostetut näytöt ja niiden vahvuus, kansansairaudet, terveystieteelliset ja viestinnälliset näkökulmat sekä kohdemaan liikuntakulttuuri. Suositusten selkeys, ymmärrettävyys ja toteutettavuus ovat avainasemassa. American College of Sports Medicine laati vuonna 1978 ensimmäiset suositukset, jotka vaikuttivat pitkään kuntoliikunnan käsitteen muotoutumiseen. (Fogelholm & Oja 2005, 73–78.)

Terveysliikunnan viikoittaiset suositukset 18–64-vuotiaille on kiteytetty vuonna 2009 uudistettuun liikuntapiirakkaan (Kuvio 3) (UKK-instituutti 2010).



Kestävyyskunto:

- liiku reippaasti useana päivänä viikossa yhteensä ainakin 2 t 30 min
- TAI
- rasittavasti 1 t 15 min

Lihaskunto ja liikehallinta:

- 2 krt/vko

Kuvio 3. Liikuntapiirakka 2009 (UKK-instituutti 2010).

4.2 Vaikutukset elimistöön ja psyykkeeseen

Liikunnan vaikutukset elimistöön ovat monialaisia ja liikkuminen itsessään on yksi ihmisen perustoiminnoista. Säännöllinen liikunta tarjoaa elimistöllemme ärsykeitä, jotka yhdessä geenien kanssa ohjaavat elimistömme rakenteita ja toimintoja sekä niiden säätelyä, kehittymistä ja säilymistä. Tällaisia rakenteita ovat esimerkiksi lihakset, luut, nivelet sekä toiminnoista verenkierto ja hengitys. (Vuori 2003, 15–16.) Liikkuminen siis vaikuttaa ja ylläpitää elimistön rakenteellista, toiminnallista ja aineen-

vaihdunnallista terveyttä. Liikunnan vaikutukset ovat pääsääntöisesti myönteisiä ja esimerkiksi liikuntaan liittyvät mahdolliset vammat ovat usein hallittavissa. (Alen & Rauramaa 2005, 30.)

Liikunnan tulee olla säännöllistä, jatkuvaa ja monipuolista, koska sen vaikutukset aikuisiällä eivät varastoidu ja se vaikuttaa ensisijaisesti vain kuormitettuihin elimiin ja elinjärjestelmiin. Liikunta vaikuttaa tuki- ja liikuntaelimistöön, sydän- ja verenkiertoelimistöön, neuraalisiin, endokriinisiin ja immunologisiin säätelyjärjestelmiin sekä ruuansulatuselimistöön. Elimistömme toiminta perustuu kokonaisuudessaan kaikkiin näihin kokonaisuuksiin sekä niiden yhteistyöhön. (Alen ym. 2005, 30–31.) Liikunnalla on vaikutusta monien yleisten sairauksien, oireyhtymien ja oireiden ehkäisyyn, hoitoon ja kuntoutukseen. Esimerkiksi sepelvaltimotautiin, joka on tällä hetkellä miesten yleisimpiä kuolinsyitä, on liikunnalla todettu olevan ehkäisevä, hoitollinen ja kuntouttava vaikutus. (Vuori 2005b, 11–12.)

Tutkimuksissa liikunnan terveysvaikutukset on havaittu kiistattomiksi ja ne ulottuvat myös psyykkiseen hyvinvointiin. Psyykkisen hyvinvoinnin osalta liikunnan vaikutukset perustuvat sitoutumiseen ja myönteisiin odotuksiin eli liikuntaa ei saa kokea pakkoliikuntana. (Ojanen 2002, 120.) Tutkimuksissa on todettu myös, että liikuntaa harrastamattomat ovat tyytymättömämpiä elämäänsä kuin liikuntaa harrastavat. Eri-tyisesti aerobisella ja kohtuullisesti kuormittavalla sekä useasti viikossa tapahtuvalla liikunnalla on todettu olevan myönteisiä vaikutuksia psyykkiseen hyvinvointiin ja suorituskyykyyn. (Sandström 2010, 291.)

4.3 Koettu terveys

Huttusen (2009) kirjoittamassa tekstissä ”Mitä terveys on?” todetaan, että jokainen ihminen määrittelee terveytensä omalla tavallaan ja tuo tapa on kaikista tärkein. Huttunen jatkaa, että usein oma koettu terveys vaihtelee muiden ihmisten käsityksistä, esimerkiksi pitkäaikaissairas voi tuntea itsensä terveeksi, kun hänen sairautensa on hoidossa.

Aholan (2005, 48–52) kirjoittamassa artikkelissa ” Koettu terveys on myös inhimillistä pääomaa” todetaan, että ihmiset ovat tottuneet määrittelemään terveyttään hyvähuono-akselilla ja liittämään terveytensä omaan elämäänsä ja siinä esiintyviin asioihin. Aholan tutkimuksessa vastaajat olivat kokeneet terveytensä pääomana tai sen puuttumisena arjessa ja työelämässä.

Terveytensä paremmaksi kokevat fyysisesti aktiiviset ihmiset verrattuna vähän liikkuviin ihmisiin. Terveyden kokemisen alenemista ennustaa fyysisen aktiivisuuden vähentyminen. (Heikkinen 2005, 193.) Iällä ja terveyden kokemisen huonontumisella on suora yhteys. Koettuun terveyteen yhteyden muodostavat myös terveysriskit, kuten ylipaino, tupakointi, liikunnallinen passiivisuus ja päihteiden käyttö. Terveysriskit vaikuttavat osaltaan myös psyykkisiin oireisiin. (Ojanen, Nyman, & Halme 2001, 62–64.)

4.4 Fyysinen aktiivisuus päihteiden käytön alaisena

Useiden tutkimusten mukaan alkoholin vaikutukset fyysiseen aktiivisuuteen ovat kielteisiä ja päihteet luonnollisesti häiritsevät kaikkia suorituksia. Suorituskyky laskee heti alkoholin nauttimisen jälkeen jo silloin kun henkilö ei edes tunne humaltuneensa. Erityisesti suorituskyvyn laskun huomaa tarkkuudessa, reaktioajassa ja voimassa. Fyysinen aktiivisuus humalassa tai krapulaisena on vaarallista sydämen rytmihäiriöalttiuden vuoksi. (Rehunen 1997, 142–144; Vanakoski & Ylitalo 2005, 543.)

Alkoholin käytön välittöminä vaikutuksina maitohapon poltto hidastuu ja lihakset väsyvät nopeammin sekä verenkierto keskittyy ihoon, jolloin lihasten verenkierto heikkenee. Sydämen pumppausteho heikkenee ja lyöntitiheys nopeutuu, hienomotoriikka ja liikkeiden hallinta lihaksissa häiriintyy sekä arviointikyky heikkenee. (Rehunen 1997, 142–144.)

Seuraavana päivänä näkyvät vaikutukset: nestevajaus ja alhainen veren sokeripitoisuus, maitohapon kertyminen elimistöön ja krapulavaikutukset. Edelleen suorituskyvyn lasku näkyy reaktioissa, tarkkuudessa ja tasapainossa. Useamman vuorokauden

kuluttua vaikutukset näkyvät energiavarastojen vajauksena ja lisääntyneenä infektioherkkyytenä. (Rehunen 1997, 142–144.)

4.5 Terveysliikuntaneuvonta

Terveyden edistämisen ja terveysliikuntaneuvonnan tärkeimpänä osana on käsite omavoimaistaminen (empowerment). Omavoimaistaminen on prosessi, jonka kautta ihminen pystyy paremmin vaikuttamaan terveyteensä liittyviin päätöksiin ja toimiin. Toinen vahva käsite on terveyden lukutaito, jolla viitataan ” sellaisen tiedon, henkilökohtaisten taitojen ja luottamuksen tason saavuttamiseen, että yksilö voi toimia oman ja yhteisönsä terveyden parantamiseksi muuttamalla elämäntyyliään ja vaikuttamalla elinolojensa kehittämiseen”. Omavoimaistamisessa tärkeää on ihmisten tiedon saanti ja sen tehokkaan käytön vahvistaminen. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 63, 84.)

Yksilöllisin tapa toteuttaa terveyden edistämistä on henkilökohtainen terveysliikuntaneuvonta. Neuvonnassa sovelletaan kuntoutujan tarpeisiin ja edellytyksiin vastaavaa tietoa terveysliikunnasta. Kuntoutujan kokonaisvaltainen elämäntilanne, motivaatio ja valmiudet muutokseen huomioidaan ja yhdessä pohditaan mahdollinen liikuntasuunnitelma sekä tavoitteet. Terveysliikuntaneuvonnan tasot vaihtelevat kuntoutujan aiemman liikkumiskokemuksen mukaan. Neuvonta ei tarkoita pelkästään luennointia tai ohjeiden antamista, sillä pelkkä tiedon jakaminen ei riitä. Neuvonnassa tulee olla molempien osapuolten keskinäistä neuvottelua ja keskustelua. (Nupponen ym. 2005, 216–228).

Terveysliikuntaneuvonnan tulee olla motivoivaa ja auttaa kuntoutujaa pyrkimään eteenpäin tavoitteidensa saavuttamiseksi. Uuden tietoaineksen käyttöönoton ja sen soveltaminen omiin toimintoihin vaatii ensin kuntoutujalta itseltään tietynlaisen muutostarpeen, joka voi vaatia hyvinkin syvällistä pohdiskelua omia arvoja ja valintoja kohtaan. (Turku 2007, 33–43.) Kuntoutuja ei kuitenkaan itse välttämättä näe muutostarvetta, jolloin täytyy löytää jokin tekijä, kuten tieto sairaudesta tai liikunnan vaikutuksista, jolla kiinnitetään kuntoutujan huomio. Pelkkä muutostarpeen huomaaminen ei yksistään riitä, vaan muutoksen tulee olla käytännössä mahdollinen ja

siihen on löydyttävä voimavarat. (Marttila 2007, 18.) Liikuntakäyttämisen muutosprosessissa tärkeintä ovat itse mietitty liikuntatavoite ja sen arviointi, ympäristön tuki, itsensä palkitseminen, liikunta arjen erityistapauksissa sekä tulee miettiä valmiiksi henkilökohtaiset keinot estää liikkumattomuuteen palaaminen mahdollisissa repсахdusvaiheissa. (Toropainen 2007, 4).

Tärkeää terveysterveyshuollon neuvonnassa on huomata myös se, että yksinkertainen liikuntakäyttämisen, kuten kävelyllä lähtö, vaatii moniulotteisia harkintoja, ratkaisuja ja toimintoja sekä sen toteuttamiseen vaikuttavat yksilöön, ympäristöön ja itse liikuntasuoritukseen liittyvät tekijät (Vuori 2003, 63). Motivoivina tekijöinä liikuntakäyttämiseen suomalaisten keskuudessa ovat mm. virkistymisen, rentoutuminen, kunnon kohotus, haastavuus ja jännitys (Poskiparta, Kaasalainen & Kasila 2009, 46).

Terveysterveyshuollon neuvontaan ja tulokselliseen terveysterveyshuollon edistämiseen mahdollisuudet tarjoaa transteoreettisen muutosvaihemallin (Taulukko 1, s.8) soveltaminen. Erilaisissa tutkimuksissa on osoitettu kuitenkin myös, että kuntoutuja saattaa olla liikunnan eri toteutumisaalueilla eri vaiheissa, joten muutosvaihemallissakin on puutteita ja sen soveltamisessa voi tulla helposti virheitä. (Vuori 2003, 75–76.) Satakunnan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalalla ”Terveysterveyshuollon palveluketju terveyssektorilla” – projektissa on kehitetty terveysterveyshuollon tehostettu neuvontamallitukemaan käyttämisen muutosta. Tämän tehostetun neuvontamallin perustana on Prochaskan ja DiClementen (1983) kehittänyt transteoreettinen muutosvaihemalli. (Törne, Tuominen & Keckman 2008, 44–45.)

Terveysterveyshuollon tehostettu neuvontamalli toimi sovelletusti projektini taustana. Liikuntaintervention pilottiryhmän tapaamiskertojen aiheet ja toteutukset mietin yhteydessä siihen, miten fyysinen terveys heikkenee päihdekuntoutujilla sekä yhdistin aiheet osittain terveysterveyshuollon osiin kestävyyskunnosta ja lihasvoimaharjoittelusta. Toteutuksissa otin huomioon myös henkisen hyvinvoinnin ja psykofyysisen fysioterapian näkökulman oman kehon tuntemisesta.

5 PROJEKTIN TOTEUTUS

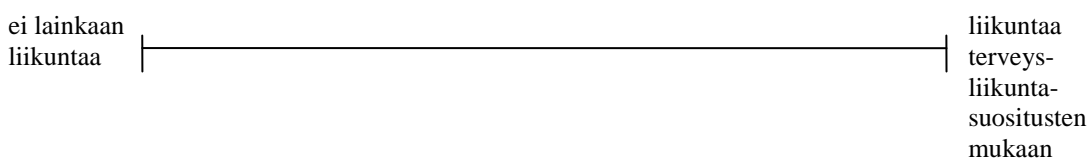
Opinnäytetyön yhteistökumppani löytyi syyskuussa 2009 opinnäytetyötorilla, jossa Kankaanpään A-kodin puolesta oli esittelijöitä. Tuolloin oli vain sosionomi- ja sairaanhoitajaopiskelijoita koskevia aiheita tarjolla, mutta esittelijät pyysivät ottamaan yhteyttä A-kodin johtajaan ja ehdottamaan mahdollista aihetta. Lokakuussa rohkaistuin ja otin yhteyttä A-kotiin. Tuolloin johtaja Arja Ruisniemi oli vielä poissa, joten paremmin suunnitelmat menivät eteenpäin vasta joului- ja tammikuussa, kun johtaja palasi töihin. Kaiken kaikkiaan projektin kulku on koottu alla olevaan taulukkoon (Taulukko 2).

Taulukko 2. Projektin kulku.

AIKA	TAPAHTUMA
syyskuu 2009	Porissa opinnäytetyötorilla tutustuminen yhteistyötahoon
lokakuu 2009	Ensimmäinen yhteydenotto Kankaanpään A-kotiin ja tapaaminen
joulukuu 2009	Yhteydenotto A-kodin johtajaan Arja Ruisniemeen
tammimaaliskuu 2010	A-kodilla johtajan kanssa tapaamis- ja suunnittelukerrat. Projektisuunnitelman kokoaminen ja hyväksyminen. Tutkimusluvan ja sopimusten allekirjoitus. Pilottiryhmän ker- tojen suunnittelu ja pp-esitysten kokoaminen.
huhtikuu 2010	Pilottiryhmän toteutukset ja henkilökunnan luento. Tietopaketin kokoaminen.
toukokuu 2010	Tietopaketin, raportin ja arviointilomakkeen lähettäminen A-kodille. Kirjallisen osuuden työstäminen.
kesä- heinäkuu 2010	Kirjallisen osuuden työstäminen, lähteiden hankinta.
elokuu 2010	Loppukysely ja kirjallisen osuuden työstäminen.
syyskuu 2010	Kirjallisen osuuden työstäminen.
lokakuu 2010	Kirjallisen osuuden työstäminen. Kypsyysnäyte. Opinnäytetyön esitys.

5.1 Liikuntainterventio pilottiryhmässä

Ensimmäisellä kerralla käytiin läpi yleisiä asioita terveystiikunnasta, kuten sen vaikutuksia, suosituksia ja päihteiden käyttöä liikunnan aikana sekä käytiin läpi UKK:n terveystiikuntapiirakka, jonka jokainen sai myös omakseen UKK-instituutin Internet-sivuilta tulostettuna. Kuntoutujat saivat miettiä omia arvojaan liikkumisensa ja vapaa-aikansa suhteen, liikkumiskokemuksiaan, vapaa-ajan käyttööän ja liikkumisen esteitä. Kuntoutujat täyttivät myös jokaisella tapaamiskerralla liikkumisjana (Kuvio 4) eli he merkitsivät itsensä janalle sen hetkisen kokemuksen mukaan, siitä miten he kokivat liikkuneensa.



Kuvio 4. Liikkumisjana.

Toteutuksena ensimmäisellä kerralla oli ryhmässä tehtävänä liikkumisjana, josta jokainen sai valita oman paikkansa viivalta sekä keskusteltiin siitä miksi kukin valitsi paikkansa viivalla. Kehonhahmotusharjoituksia, jossa jokainen sai tunnustella oman vointinsa mukaan kehoaan ja sen liikkumista sekä lopuksi lyhyt jännitys-rentous-rentoutuminen.

Toisella tapaamiskerralla aiheena oli tasapaino ja venyttely. Tällä kerralla käytiin näitä kokonaisuuksia läpi samalla keskustellen niistä yhdessä. Kuntoutujat täyttivät liikuntasuunnitelman itselleen viikoksi eteenpäin A-kodille sekä myös kotiin tämän hetkisten tuntemuksien mukaan. Keskustelun muodossa käsiteltiin mahdolliset rep-sahdukset säännöllisessä liikkumisessa sekä niistä selviytyminen. Toteutuksena oli erilaisia tasapainoharjoituksia jokaiselle oman tasapainon mukaan sekä venyttelyt. Kuntoutujat kokivat hienona sen, että he tiesivät esimerkiksi joitain venytyksiä, kun niitä käytiin läpi siten, että jokainen sai sanoa jonkun venytyksen. Lopuksi oli lyhyt hengitysrentoutus.

Kolmas tapaamiskerta muodostui lihaskunto- ja voimaharjoittelun perusteista. Aihetta pohdittiin yhdessä ja keskusteltiin siitä missä vaiheessa kukin menee omaa viime

kerralla tehtyä liikuntasuunnitelmaansa ja miten on pystynyt sitä toteuttamaan. Toteutuksena oli alkuverryttely ulkona ja kuntopiiri A-kodin omalla kuntosalilla. Kuntosalilla oli mukana myös erilaisia kuntoiluvälineitä, kuten jumppapallo, vastusku-minauhat ja gymstick, joita oli sisällytetty kuntopiiriin. Erilaiset kuntovälineet toin mukanani toteutukseen. Lopuksi oli venyttely ja lyhyt keskustelu toteutuksista. Kuntoutujat täyttivät tällä kerralla heille kootun kyselylomakkeen (Liite 2).

Viimeisellä eli neljännellä tapaamiskerralla aiheina olivat kävely, sauvakävely ja vesijuoksu, jotta mukaan tulisi myös aerobinen puoli. Kyseisten lajien perusteet kerrattiin sekä neuvottiin esimerkiksi oikeanlaisten sauvojen hankinnassa. Toteutuksena oli sauvakävelylenkki A-kodin lähimaastossa ja lopuksi sauvojen kanssa venyttely ulkona. Viimeinen kerta päättyi keskusteluun toteutuksista ja mieltä askarruttaneista kysymyksistä. Osa asiakkaista toivoi jopa jonkinlaista seurantakertaa, jossa olisi käyty läpi vielä miten jokainen on onnistunut toteuttamaan liikkumistaan. Motivoinnin kannalta se olisi ollut todella hyvä kerta järjestää, mutta mahdoton toisaalta, koska jokainen asiakas tulee yksilönä A-kodille. Tämän ryhmän henkilöt nyt sattuiivat olemaan samaan aikaan A-kodilla. Alla on taulukko tapaamiskerroista (Taulukko 3).

Taulukko 3. Asiakkaiden tapaamiskertojen sisältö.

	1. tapaaminen 6.4. klo 9-11	2. tapaaminen 13.4. klo 13-15	3. tapaaminen 16.4. klo 13-15	4. tapaaminen 20.4. klo 13-15
tavoite	tutustuttaa pilottiryhmään kuuluvat terveystoimintaan	herättää ajatuksia päihteiden käytön vaikutuksista tasapainoon ja venyttelyiden merkitys	tutustuttaa pilottiryhmän jäsenet lihaskuntoharjoittelun merkitykseen ja perusteisiin	tutustuttaa pilottiryhmän jäsenet aerobiseen liikuntaan
luento	terveystoiminta ja vaikutukset, päihteet ja liikunta	tasapaino ja venyttely	lihaskunto-/ voimaharjoittelun perusteet, kotikuntosalit, muut välineet	kävely vastaan sauvakävely ja vesijuoksu
tehtävä	oma fyysinen aktiivisuus nyt, aiemmat liikuntakokemukset, mikä estää liikkumasta, liikkumisjana, keskustelu: omat arvot, vapaa-aika	henkilökohtainen liikuntasuunnitelma A-kodille/kotiin viikoksi + suunnitelman toteutus, liikkumisjana, keskustelu: repsahdukset säännöllisessä liikkumisessa	liikkumisjana, kotitehtävän purkua ja muokkausta, loppukyselyyn vastaaminen, keskustelu	kotiin tavoitteiden asettaminen liikkumisen suhteen, vapaa-ajan käytön miettiminen, kotitehtävän purku ja onnistumisen kokemukset, liikkumisjana, keskustelu
toteutus	ryhmä liikkumisjana, kehon hahmotusharjoitukset, lyhyt rentoutus	tasapainoharjoitukset ja venyttely, lyhyt rentoutus	kuntopiiri kuntosalilla, lyhyt rentoutus	sauvakävely (tekniikka ja sykkeen nousu), lyhyt rentoutus

5.2 Henkilökunta

Kankaanpään A-kodin johtaja Arja Ruisniemi toimi yhteyshenkilönä tässä projektissa. Hän oli yhteydessä henkilökuntaan ja välitti heille viestini. Henkilökunnan luento oli pilottiryhmätoteutuksien jälkeen 30.4.2010 klo 13–15. Henkilökunnasta osallistuttiin kolmelle pilottiryhmäkerralle, koska henkilökunnan olisi tarkoitus jatkaa terveysliikuntaneuvontaa pilottiryhmien jälkeen. Luennolla käsiteltiin aluksi pilottiryhmää ja sen toteutumista. Käytiin läpi terveysliikunnan vaikutuksia ja suosituksia sisällyttäen pilottiryhmässä läpikäytyt aiheet. Sekä aiheina olivat lisäksi eri-ikäisten liikunta ja soveltava liikunta. Arviointilomakkeen muotoutuminen nostettiin yhdeksi keskustelun aiheista. Lopuksi luennolle osallistuneet henkilöt täyttivät kyselylomakkeen (Liite 3), jossa kartoitettiin heidän mielipidettään terveysliikunnasta, ajatuksiinsa siitä sekä resurssejaan toteuttaa terveysliikuntaneuvontaa jatkossa. Luennolla esitetty materiaali lähetettiin A-kodin johtajalle, joka välitti sen sähköpostitse koko henkilökunnalle.

5.3 Arviointilomake

Arviointilomake (Liite 4) lähetettiin toukokuussa A-kodille. Arviointilomakkeen kysymykset muotoutuivat terveysliikunnan ympärille, ja siinä kerrattiin tämän hetkiset terveysliikunnan suositukset. Tarkoituksena on, että arviointilomake tulisi yhdeksi osaksi arvioitaessa päihdekuntoutujan fyysistä terveyttä. Arviointilomakkeeseen ja terveysliikuntaneuvonnan käyttöönottoon liittyen lähetettiin koko henkilökunnalle elokuussa loppukysely (Liite 5).

5.4 Tulokset ja arviointi

5.4.1 Liikuntaintervention tulokset

Liikuntaintervention pilottiryhmässä oli kaiken kaikkiaan 7 päihdekuntoutujaa, jotka pystyivät osallistumaan kaikkiin neljään ryhmätuokioon. Päihdekuntoutujat olivat samasta pienyhteisöstä A-kodilla. A-kodin johtaja sopi työntekijöiden kanssa, mikä

pienyhteisö projektiin valittiin. Sopiva ryhmä muodostuisi 6-8 henkilöstä, jotka pystyisivät osallistumaan kaikkiin 2 viikon aikana tapahtuviin ryhmiin. Joten ainut kriteeri oli päihdekuntoutusjakson pituus. Toteutuksien aikana oli kuitenkin mahdollista, että joku lopettaisi päihdekuntoutuksen kesken. Osa päihdekuntoutujista pääsi etenemään seuraavaan pienyhteisöön, mutta he halusivat kuitenkin olla projektissa mukana loppuun saakka, koska kokivat saaneensa aiemmista ryhmäkerroista vinkkejä ja mielihyvää yhdessä tekemisestä sekä liikkumisesta. Pilottiryhmään kuului 5 miestä ja 2 naista. Ryhmän ikäjakauma oli 23 -vuotiaasta 59- vuotiaaseen ja kokoryhmän keskiarvoksi tuli 39,9 vuotta.

Kyselyyn vastatessa pyydettiin jokaista vastamaan kysymyksiin omien sanojen ja tuntemusten mukaan sekä kysymykset käytiin alussa yhdessä läpi. Kysymyksiä oli yhteensä kolmesta, joista jokainen oli avoin kysymys. Avoimiin kysymyksiin saisi jokainen vastattua omien sanojen mukaan ja kerrottua tuntemuksistaan. Usein strukturoidut kysymykset ovat liian rajaavia ja niihin voi olla vaikea vastata, jos tuntuu siltä, että mikään vaihtoehto ei sovi itselle. Pilottiryhmän loppukyselyssä (Liite 2) oli yhteensä 13 kysymystä sisältäen esitietokysymykset.

Pilottiryhmässä oli suurta hajontaa päihdekuntoutuksen määrässä sekä jaksojen pituuksissa. Kolme ei ole ollut aiemmin päihdekuntoutuksessa ja kahdelle tämä oli toinen kerta. Ryhmästä kahdelle tämä oli yli neljäs kerta päihdekuntoutuksessa. Näistä tuloksista katsoen melkein puolet ryhmästä koostui täysin uusista päihdekuntoutujista. Katkaisuhoidoissa, AA-kerhossa ja muissa avohuollon puolen kuntoutuksessa olleita oli ryhmästä puolet. Päihdekuntoutusjaksojen pituudet vaihtelevat parista viikosta pariin kuukauteen.

Meneillään olevan päihdekuntoutusjakson pituudet pilottiryhmässä vaihtelevat neljästä viikosta pariin kuukauteen, riippuen tietysti kotipaikkakuntien myöntämistä maksusitoumuksista. Päihdekuntoutusjakson pituuteen vaikuttavat myös henkilökohdaiset syyt, kuten lapset ja jokaisella on keskeyttämismahdollisuus. Kahdella ryhmäläisellä oli suunnitelmassa ensin 4-5 viikon mittainen laituskuntoutusjakso, jonka jälkeen muutaman viikon intervallijakso.

Kysyttäessä oman terveyden kokemisesta kolme kokee terveytensä hyväksi, yksi kohtalaiseksi, yksi kokee terveytensä huonoksi. Miehistä kolme puhuu enemmän kunnostaan tai vertaa terveyttään hyvään/huonoon kuntoon. Moni mainitsee myös erilaisten tuki- ja liikuntaelimestön oireiden vaikuttavan terveyteensä.

mies 47: ”3 vkoa sitten kunto oli heikko, parantunut paljon täällä kuntoutuksessa.”

mies 54: ”Terveys hyvä, kunto ei. Polvet, nilkat ja vasen olkapää särkee.”

nainen 59: ”Terveys muuten kunnossa, mutta selässä leikkauksen jälkeen ongelmaa, joka häiritsee ajoittain.”

Fyysisen aktiivisuutensa kolme kokee todella hyväksi, yksi liian vähäiseksi, yksi tyydyttäväksi ja kaksi kokee voivansa tehdä enemmänkin fyysisen aktiivisuuden lisäämiseksi.

mies 54: ”Tyydyttävä, halu kokeilla eri liikuntamuotoja.”

mies 28: ”Todella hyvänä. Puntti 4-5 krt/vko, kävelylenkkejä nyt kun sää sallii + päivittäinen hyötyliikunta + jokapäiväinen venyttely.”

nainen 23: ”Parempikin saisi olla. Kotioloissa ei juurikaan liikuntaa, toisinaan pikainen lenkki. Lapsen kanssa touhuaminen, minkä lasken hyötyliikunnaksi.”

mies 26: ”Hyvällä pohjalla. Tykkään mennä salille nostamaan painoja tai juoksemaan.”

Liikkumiskokemuksista tällä hetkellä kysyttäessä monet ryhmäläisistä mieltävät kysymyksen mieluummin raittiina ollessaan, jolloin he harrastavat yllättävänkin paljon liikuntaa. Kun päihdekierre jatkuu monet kertovat itsestä huolehtimisen ja liikkumisen jäävän taka-alalle.

mies 47: ”Raittiina ollessa paljonkin liikuntaa. Kuntoutuksessa aloittanut pikku hiljaa uudelleen kunnon kohotuksen.”

mies 28: ”Siviilissä salia aktiivisesti raittiina ollessa. 3krt/vko puntti + 2-3krt/vko aerobinen. Venyttelyt aloittanut vasta A-kodilla tämän toteutuksen aikana.”

mies 26: ”Olen liittymässä jalkapallojoukkueeseen ja salibandy eli hyvällä mallilla ovat.”

Vaikuttavin tulos tuli kysyttäessä terveystoimintaneuvonnan tärkeydestä päihdekuntoutuksessa, sillä terveystoimintaneuvonnan kokee tärkeäksi koko pilottiryhmä. Pääasioiksi vastauksissa nousevat psyykkisen hyvinvoinnin lisäksi fyysisen hyvinvointi ja vastapaino muulle päihdekuntoutukselle sekä motivointi.

mies 47: ”Erittäin tärkeänä: fyysinen ja henkinen kunto kulkevat käsi kädessä!”

mies 28: ”Erittäin tärkeä osa kokonaisuutta. Kun voi fyysisesti hyvin, myös psyykkinen hyvinvointi kasvaa ainakin itselläni. Liikkuminen tärkeää myös siivilissä hoidon jälkeen.”

nainen 59: ”Sopii oikein hyvin päihdekuntoutukseen vastapainoksi ns. henkille kuntoutukselle.”

mies 26: ”On tärkeää tietää liikunnan hyödyt ja päihteiden haitat fyysiseen kuntoon.”

Pilottiryhmän toteutuksen, eli neljä tapaamiskertaa, kokivat kaikki pilottiryhmän jäsenet hyväksi. Kaksi ryhmäläisistä koki kerrat liian teoriapainotteisiksi, yhden mielestä huonoa oli se, että toteutus ei jatkunut koko päihdekuntoutusjakson ajan. Monen vastauksista käy ilmi, että tiedosta liikkumisesta ja liikkumisen vaikutuksista kehoon oli hyötyä ja se toimii hyvänä motivoinnin lähteenä. Muutaman vastauksista käy myös ilmi, että yksin tekeminen on vaikeaa, mutta ryhmässä toimiminen ja lenkille lähteminen on helpompaa. Vertaistuen saanti ja keskustelun mahdollisuus ovat erittäin tärkeitä muutosta eteenpäin vieviä tekijöitä. Kaikkien mielestä terveystoimintaneuvonta helpottaa ymmärtämään liikunnan vaikutusmahdollisuuksia ja tieto lisää muutoshalukkuutta.

mies 47: ”Paljon saanut tietoa/vinkkejä. Voisi olla enemmänkin tällaista kuntoutuksessa, koska yksin tekeminen/lähteminen on joskus vaikeaa.”

mies 28: ”Pidin. Paljon uutta tietoa ja liikunnasta/kropan toiminnasta. En osaa löytää huonoja puolia. Kaikki liikuntaan liittyvä on tärkeää ja tarpeellista.”

mies 42: ”Sopii tähän tilanteeseen, koska ryhmä on samanhenkistä ja motivoivaa. Ehkä liian teoriapainotteista, aika paljon itsestään selvää asiaa.”

nainen 23: ”Mielestäni luennot eivät sopineet kuvaan, olisi ollut hyvä samalla tehdä ja selostaa. Hyvää oli kun keskusteltiin ryhmässä ja sai kysellä asioista. Tekeminen oli myös hyvää. Tasapainoharjoittelu oli mielenkiintoinen ja se jäi eniten mieleen.”

Terveysliikunnan kokee jokainen ryhmän jäsen tärkeäksi ja moni itselleen parhaaksi liikkumismuodoksi tällä hetkellä.

mies 54: ”Tärkeä juttu, kun ikääkin on.”

mies 28: ”Aion todellakin jatkaa säännöllistä harjoittelua ja ottaa sen osaksi jokapäiväistä elämää. Myös A-kodin jälkeen”

nainen 23: ”Hyvää kun sitä alkaa yksilöllisesti toteuttamaan. Vaikuttaa kokonaisvaltaisesti ihmiseen ja jaksaa paremmin. Pysyy mieli pirteänä vaikeiden asioiden kanssa!”

mies 26: ”Itselle oma terveys on tullut todella tärkeäksi. Terve keho, terve mieli!”

Omat liikkumiskokemukset ja terveys nousivat kaikille mieleen selvemmin toteutuksen yhteydessä. Osa koki myös, että sai toteutuksesta varmuutta itselleen siinä, että on tehnyt terveytensä eteen jotain oikein liikkueessaan säännöllisesti ja monipuolisesti. Kahden kohdalla pysäyttivät kysymykseni miettimään sitä, että mikä on tärkeää ja järkevää, sillä heillä oli kotona ja raittiina ollessaan aikataulut täytetty liikunnalla.

mies 47: ”Olen miettinyt näitä asioita paljonkin, koska terveysliikunta/terveys oli heikkoa viimeisen vuoden aikana ennen kuntoutukseen tuloa.”

mies 28: ”Huomasin, että paljon on opeteltavaa, mutta myös sen että jonkin verran on tietoa jo omastakin takaa valmiina.”

nainen 23: ”Tuli sitä mietittyä. Tuli verrattua omaa liikkumista siihen määrään mitä pitäisi liikkua. Ehkä olen juuri siksi väsynyt kun en ole liikkunut.”

mies 26: ”Liikun muutenkin paljon, mutta liikkumisen vaikutukset terveyteen lisäsi innostusta.”

Toteutuksista koki jokainen ryhmäläinen saaneensa jotain vinkkejä jatkoa varten ja lisää varmuutta itselleen.

mies 47: ”Päällimmäisenä jäi mieleen asiat, jotka on itsellenikin tavoitteena eli monipuolisuus ja maltti.”

mies 28: ”Venyttely kaikissa muodoissaan. Harjoitusten vaikutuksista eri kehon osiin ihan uutta ja tärkeää tietoa. Kiitos tästä!”

nainen 23: ”Tasapainoharjoitteluun sain hyviä vinkkejä, joita myös kerkesin jo harjoittelemaankin itsenäisesti. Myös salilla käynneistä ja liikkeiden suorittamisista oli hyvää tietoa.”

Kyselyn vastauksista huomaa miten tärkeänä jokainen kuntoutuja pitää sitä, että liikunnasta/liikkumisesta ja erityisesti liikunnan terveysvaikutuksista puhutaan ja että on mahdollista toteuttaa erilaisia liikuntakokeiluja. Jokainen kuntoutuja arvostaa terveyttään, mutta heillä ei ole välttämättä vielä sopivia välineitä terveytensä ylläpitoon kaikilla sen osa-alueilla. Jokainen kuntoutuja myös koki, että terveysliikuntaneuvonta sopii päihdekuntoutukseen, erityisesti vastapainoksi henkisille asioille. Kuntoutujat ilmoittivat liikkuvansa myös melko paljon, mutta silti he kokivat tiedon helpottavan liikkeelle lähtemistä. Vastauksista näkee myös sen, että jokainen kuntoutuja sai jotain irti tästä toteutuksesta, esimerkiksi venyttelemisen uudelleen löytäminen ja omien ajatusten/tietämysten vahvistuminen liikkumisen ja oman kehon osalta. Näistä kaikista asioista tulee selvästi ilmi miten monipuolisia liikunnan terveysvaikutukset ovat fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Nämä asiat olivat juuri sellaisia, joita halusin myös kuntoutujien huomaavan.

5.4.2 Henkilökunnan luentoiltapäivä

Henkilökunnan luentoiltapäivään osallistui yhteensä 5 työntekijää, kaikki naisia (A-E). Iltapäivässä saatiin hyvin keskustelua aikaiseksi ja selvästi työntekijöiden ajatuksista ja näkemyksistä tuli esille terveysliikuntaneuvonnan ja terveysliikunnan tärkeys, mutta resurssien puute koettiin keskusteluissa esteenä näihin asioihin paneutumiseen.

Työntekijöiden kanssa käytiin ensin kyselyn kysymykset läpi ja toivottiin heitä vastaamaan omien sanojensa mukaan kysymyksiin. Henkilökunnan kyselylomake (Liite 3) sisälsi kymmenen avointa kysymystä, sisältäen myös esitiedot: nimi, sähköposti, ammatti/toimi A-kodilla ja sukupuoli.

Terveysliikunnan tärkeäksi kokivat kaikki. Sen vaikutus henkiseen hyvinvointiin tuli esiin kolmessa vastauksista.

B: ”Liikunta on itselleni tärkeää ja koen sen olevan työssä jaksamisen kannalta ehdotonta. Liikunnan kautta voi irrottautua hyvin työstä ja samalla edesauttaa omaa terveyttä. Liikunnan avulla uskon lisääväni myös muuta aktiivisuutta arkielämässäni.”

C: ”Olennainen osa tasapainoista elämää. Suuri vaikutus henkiseen hyvinvointiin.”

Terveysliikuntaneuvonnan liittämistä päihdekuntoutukseen puolsivat kaikki kyselyyn vastanneet. Erityisesti vastauksista nousivat esiin henkisen ja fyysisen hyvinvoinnin yhdistäminen, painonhallinta ja tiedon lisääminen.

A: ”Mielestäni se tukisi päihdekuntoutuksessa olevan ihmisen kuntoutusta, kun hänellä olisi mahdollisuus saada konkreettista tietoa, miten liikkuminen tukee/tukisi hänen kuntoutumistaan.”

*B: ”Hyvä ajatus. Ihmisten elämään kuuluu paljon muutakin kuin päihteet. Tämä voisi laajentaa käsitystä asiakkaan tilanteesta. Liikunnan avulla asiak-
kaiden on mahdollista oppia saavuttamaan mielihyvä ilman päihteitä. Ohjaus on tärkeää erityisesti niille kenelle liikunta ei ole tuttua.”*

Terveysliikuntaneuvonnan liittämisen osaksi Kankaanpään A-kodin toimintaa oli kaikkien vastanneiden mielestä hyvä ja tärkeä asia.

*C: ”Tärkeää on. Monelle keino hallita mielihaluja suhteessa päihteisiin. Mo-
nille selviytymiskeino arjessa.”*

*D: ”Olisi tärkeää. Fakta tieto voi saada asiakkaat toimintaan ja löytyisi jo-
kaiselle se omin tapa liikkua.”*

Omia mahdollisuuksiaan aloittaa terveysliikuntaneuvontaa A-kodilla luennon jälkeen arvioivat kaikki huonoiksi resurssien puutteen vuoksi. Resursseina tässä tapauksessa olivat käytettävissä oleva työaika, motivaatiot, tiedon keruu ja asiaan tarkempi tutus-
tuminen. Monien vastauksista tuli esille ulkopuolisen luennon järjestäjän tarve. Yksi vastaajista oli kuitenkin listannut ehdotuksia, milloin terveysliikuntaneuvontaa olisi mahdollisuus toteuttaa nykyisten työaikojen puitteissa.

*D: ”Jonkun verran koulutuksen ja oman aktiivisen liikunnan kautta tietoa ja
kiinnostusta. Olisi hyvä, että joku ulkopuolinen olisi neuvoja ja joku joka ve-
ttäisi ryhmää 1x/ko, mahdollisesti koko talolle kerralla tai jaetuille yhteisöille
omat ajat.”*

*E: ”Resurssit: tiedonkeruun yhteydessä, kuntoutussuunnitelmien yhteydessä,
viikoittaisissa hyvinvoinnin arvioinneissa.”*

Jotta terveysliikuntaneuvonta tulisi osaksi Kankaanpään A-kodin päihdekuntoutusta, työntekijät kuvasivat omia toimiaan jatkuvaksi samankaltaisena kuin nytkin eli neu-

vonta, mikäli terveysliikunnasta tulee puhetta päihdekuntoutujien kanssa. Kukaan ei kokenut jaksavansa viedä asiaa erityisesti eteenpäin omassa työssään.

B: "Aion ehdottaa, että siitä voisi vastata pääasiassa joku "ammattilainen". Itse jatkan teeman ylläpitämistä omien asiakkaiden kanssa."

D: "En kyllä jaksa tätä kovin mieltä. Ei jaksamista erityisesti paneutua tämän työn ohella mitä nyt teen. Normi keskusteluina ryhmissä, jos tulee puhetta."

Luennon sujuvuutta ja tärkeyttä työntekijät arvioivat onnistuneeksi ja kokivat hyväksi avoimen keskustelun aiheesta sekä väliin heitetyt kysymykset. Kuitenkin tästä kysymyksestä selvisi myös se, että tiedotus projektista ei ollut kantautunut aivan kaikkien työntekijöiden korviin ja osa oli jopa ihmeissään koko projektista.

A: "Luento oli onnistunut. Paljon tuli tuttua tietoa, mutta oli kiva kuunnella ja sisäistää jo tuttua asiaa. Odotuksia ei ollut."

C: "Luento hyvä, tarpeellinen. Päivitin tietojani, sain uuttakin tietoa. Lisäkoulutusta en tarvitse. Asiakkaille haluaisin vastaavanlaisia luentoja + tutustumismahdollisuuksia uusiin lajeihin."

E: "Ei ollut mitään odotuksia. En ole tiennyt, että meillä tällainen pilottiryhmä on ollut."

Henkilökuntakin kokee liikunnan tärkeäksi ja sen lisäämisen hyväksi jaksamisen ja kuntoutumisen kannalta. Vastauksissa ei kuitenkaan tule esille viittauksia liikunnan monipuolisiin terveysvaikutuksiin tai terveysliikuntaneuvonnan vaikutusta. Joten henkilökunta ei välttämättä ole täysin tiedostanut liikunnan merkitystä terveyden kannalta. Henkilökunnan kyselylomakkeen vastauksista käy kyllä ilmi, että he kokevat terveysliikuntaneuvonnan tärkeäksi sekä sopivan osaksi päihdekuntoutusta, mutta eivät silti tunnu ymmärtävän sen konkreettista merkitystä. Hieman ristiriitaisia vastauksia tuli liittyen työntekijöiden oman terveysliikuntaneuvonnan antamiseen, koska osa koki, että voisi jatkaa ohjausta, mutta kuitenkin he kaipasivat ulkopuolista asiantuntijaa. Monet mainitsivat myös omien resurssien puutteesta liittyen terveysliikuntaneuvonnan jatkamiseen, mutta kuitenkin yksi työntekijöistä oli listannut monia eri tilanteita, joissa pystyisi antamaan terveysliikuntaneuvontaa.

5.4.3 Arviointilomakkeen ja terveystietopaketin käyttöönotto

Loppukysely (Liite 5) henkilökunnalle lähetettiin elokuun lopussa ja annettiin kaksi viikkoa vastausaikaa. Kyselyyn vastasi viisi henkilöä, joista kaksi oli henkilökunnan luento-osallistunutta (B, E) ja kolme ei luentoilapäivään osallistunutta (F, G, H). Työntekijöiden määrä on keskimäärin 22, joten noin 25 % henkilökunnasta vastasi kyselyyn. Loppukyselyssä oli yhteensä seitsemän kysymystä sisältäen esitiedot (nimi ja ammatti/toimi A-kodilla). Kysymykset liittyivät terveystietopaketin ja arviointilomakkeen käyttöönottoon parin kuukauden aikana.

Jokainen vastaaja kertoo rehellisesti, ettei ole ottanut terveystietopaketin tai arviointilomaketta käyttöönsä. Osaltaan selityksenä tähän ovat olleet kesäloimat ja resurssien puute, esimerkiksi aikataulujen myötä. Terveystietopaketin näkyvyyttä/kuuluvuutta A-kodin arjessa työntekijät ovat kommentoineet kuuluvaksi osana tiedonkeruuta ja kuntoutussuunnitelmaa sekä ryhmä- ja yksilökeskusteluja. Yksi ilmaisee kuitenkin myös, että terveystietopaketin on tällä hetkellä A-kodilla melko pienessä roolissa. Terveystietopaketin kokee kaksi työntekijää kuuluvan osaksi toimintaansa ja yksi pyrkii kannustamaan päihdekuntoutujia liikku- maan. Heidän käsityksensä terveystietopaketista tässä tapauksessa koostuu lähinnä keskustelun merkeissä liikunnasta mainitseminen, mikäli liikunnallinen passiivisuus tulee puheeksi jossain vaiheessa keskustelua. Arviointilomakkeen toimi- vuutta ei kukaan ole pystynyt arvioimaan, koska kukaan ei ollut ottanut sitä käyt- töönsä tänä aikana.

Vapaan sanan kohdalla tuli positiivista palautetta ja myönteisiä ajatuksia terveystietopaketin ”tietopaketin” ja arviointilomakkeeseen liittyen. Sekä palautetta tuli myös siitä, että luentoja olisi pitänyt linkittää vielä enemmän käytäntöön.

E: ”Osallistuin henkilökunnalle suunnattuun luentoon ja se oli hyvä, lisäsi ja syvensi fyysisen liikunnan merkitystä päihdekuntoutuksen toipumisessa. Muuten ”kokonaisuus” jäi irralliseksi.”

B: ”Nyt taas asia palautui mieleen, joten voisi yrittää tsemptata asian suhteen ja ottaa materiaalin käyttöön!”

G: ”Tietopaketin aion kokeilla omissa intervalliryhmissä jatkossa, sillä asia on tärkeä. Kokeiluun otetaan!”

6 POHDINTA

Opinnäytetyö oli kokonaisuudessaan haastava, mutta samalla mielenkiintoinen prosessi. Fysioterapeutin opintoihin kuuluvalla harjoittelu projektissa – kurssilla pääsin ensimmäisen kerran tutustumaan projektimuotoiseen työskentelyyn, joten myös opinnäytetyön aihe muodostui helposti projektimuotoiseksi. Halusin jollain tapaa täysin uudenlaisen kohderyhmän, jota ei koulutuksen aikana ole tullut esille. Tämä toive täyttyi yhteistyötahon varmistuttua Kankaanpään A-kodiksi, jolloin kohderyhmäksi projektilleni tuli päihdekuntoutujat. Opinnäytetyön tekeminen yksin tuntui luontevimmalta vaihtoehdolta koulunkäynnin ja työnteon ohella sekä paikkakunnan vaihdoksen vuoksi. Jälkikäteen olen tyytyväinen valintaani tehdä yksin opinnäytetyö, koska sain riittävästi tukea ohjauksesta sekä vertaistukea ja neuvoja muilta opiskelijoilta.

Prosessi oli laajuudeltaan pitkä ja kesti kokonaisuudessaan reilun vuoden. Ajallisesti se on pitkä aika, mutta projektimuotoisessa työskentelyssä oli aina vaiheensa, joiden mukaan etenin. Pysyin etukäteen suunnitellussa aikataulussani ja sain ohjausta aina tarpeen mukaan. Välillä opinnäytetyön kirjallisen osuuden tekeminen oli selvästi tauolla, mutta työnteon makuun päästyäni kirjallinen osuus oli loppujen lopuksi melko nopeasti kasassa.

6.1 Projektin aihe ja rajaus

Yhteistyökumppanin löydyttyä oli helpompi miettiä projektin aiheen muodostumista yhteistyötahon tarpeen mukaan. Monien keskustelujen ja sähköpostiviestien jälkeen projektin aihe muodostui yhä enemmän terveysliikunnan ympärille. Opinnäytetyön aihe sinänsä oli melko haastava, koska koulutuksessamme ei ole kuin mainittu päihdekuntoutuksesta ja päihteiden ongelmakäyttäjistä. Tutkin hyvin tarkkaan päihderiippuvuuteen ja – kuntoutukseen liittyvää kirjallisuutta jo ennen toteutuksien alkua, jotta tiesin edes vähän, mitä odottaa liikuntaintervention pilottiryhmäläisiltä. Myös artikkeleiden löytäminen liittyen terveysliikuntaan tai fyysiseen aktiivisuuteen ja päihdekuntoutujiin oli mahdoton tehtävä, sekä tuota tehtävää hankaloitti vielä päihdekuntoutuksesta käytettävä erilainen terminologia englannin kielessä. Terveiden

edistämisen ja terveystoiminnan osa-alueet olivat helpoimmat koulutuksen kautta saatujen tietojen ja kirjallisuuslähteiden tuntemisen vuoksi.

Projektin tarkoituksen ja tavoitteiden muodostuminen vaati aikansa, koska ensin piti perehtyä A-kodin toimintaan, jotta saisi muodostettua projektille tarkoituksenmukaiset tavoitteet. Tarkoituksen ja tavoitteiden myötä aiheen rajausta tuli luonnollisesti päihdekuntoutukseen ja terveyden edistämiseen liittyen.

6.2 Projektin toteutus

Projektin toteutuksen muodostuminen vaati paljon etukäteistyötä ja – aikaa. Aluksi piti päättää aihealueet, joita käsiteltäisiin pilottiryhmän kanssa. Aiheet muodostuivat terveystoiminnan liikuntapiirakkaan liittyen sekä kokonaisvaltaiseen liikkumiseen ja lisäksi poimin asioita, joita päihdekuntoutujilla voi tulla oman terveytensä kanssa vastaan. Tapaamiskertojen pohjana toimi myös Satakunnan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalalla ”Terveystoiminnan palveluketju terveyssektorilla” – projektissa esitellyt kokonaisuudet.

Tapaamiskertojen luento-osuuksia varten etsin paljon kirjallisuutta ja kokosin niistä yhteen powerpoint-esitysten muodossa kattavat luentopohjat sekä henkilökunnan terveystoiminnan ”tietopaketti”. Halusin myös, että asiakkaille jää jotain kättä pidempää toteutuksista, joten jaoin heille UKK-instituutin liikuntapiirakan ja annoin linkkejä, joista he voivat itse tutustua lisää asiaan. Tapaamiskertojen toteutukset piti miettiä tarkkaan pienen tilan ja välineiden puutteen vuoksi. ”Terveystoiminnan palveluketju terveyssektorilla” – projektin perusajatukset helpottivat intervention toteutusten suunnittelussa. Koululta sain lainattua tarpeen tullen välineitä, kuten jumppamattoja ja kävelysauvoja.

Tapaamiskertojen sisältö oli mielestäni hyvä. Luento-osuus kesti noin tunnin ja toisella tunnilla oli itse toteutus. Tapaamiskertojen välillä olisivat saaneet olla pidempiä, jotta olisi voinut vertailla vielä paremmin esimerkiksi päihdekuntoutujien liikuntasuunnitelmien toteutumista ja tuloksia. Sekä pilottiryhmän jäsenet olisivat saaneet aikaa kokeilla ja todeta itse mikä harjoitusmuoto on hyvä itselle ja mistä kannattaa

aloittaa. Seurantajakso esimerkiksi parin kuukauden päähän olisi antanut vielä enemmän tuloksia, siitä miten terveystiikuntaneuvonta vaikutti pilottiryhmäläisten liikuntakäyttäytymiseen.

Pilottiryhmän kokoonpano muodostui täysin aikakriteerien mukaan. Tapaamiskerroilla saattoi olla yhdeksän henkeä mukana, mutta itse pilottiryhmä muodostui seitsemästä hengestä, jotka kävivät läpi kaikki tapaamiskerrat. Pilottiryhmän kyselyn tulokset olivat positiivisia ja oli hienoa todeta myös se, että jokainen liikkui melko paljon jo entuudestaan. Kyselyn vastauksien vertailun vuoksi olisi ollut hyvä, jos pilottiryhmiä olisi ollut kaksi. Tuolloin hajontaa ja uusia ajatuksia olisi voinut tulla vielä enemmän. Nykyisen pilottiryhmän sisällä olisi voinut olla naisia ja miehiä yhtä paljon, jolloin olisi pystynyt vertaamaan enemmän sukupuoleen viittaavia eroja. Pilottiryhmän sisällä oli myös suurta hajontaa ikäluokissa, mikä toi vastauksiin kirjavuutta sekä toteutuskertoihin piti miettiä jokaisen kohdalla erikseen kyseisen ihmisen toimintakykyä ja eriyttää mahdollisia tehtäviä. Yhdenmukaisempi ryhmä ikäluokan suhteen olisi ollut helpompi toteuttaa ja vastauksia olisi pystynyt vertaamaan tietyn ikäluokan suhteen paremmin.

Tapaamiskerroilla erilaisten toteutusten vetäminen tuli luonnostaan ja hyvin suunniteltu on aina puoliksi tehty. Se täytyy todeta tässäkin tapauksessa, koska eriyttäminen onnistui hyvin pilottiryhmäläisen tason mukaan jo etukäteen harjoitteita miettiessä. Eriyttäminen tarkoittaa ryhmän jäsenten erilaisuuden huomioimista esimerkiksi toimintakyvyn suhteen harjoitteita tehdessä (Koljonen & Rintala 2002, 208). Ryhmissä oli joka kerralla lopuksi lyhyt rentoutuminen hengityksen ja venyttelyiden muodossa, koska halusin painottaa oman kehon tunnistamista ja rauhoittumisen merkitystä liikumisen yhteydessä. Myös samankaltaisena toistuva harjoite lisää turvallisuuden tunnetta ja henkilöllä on paremmat mahdollisuudet sen oppimiseen.

Keskustelimme joka kerralla pilottiryhmäläisten kanssa aina tapaamiskerran aiheesta ja jokaisen kerran lopuksi siitä, miten he kokivat sillä kerralla tehdyt harjoitteet. Keskustelun kautta pääsin hyvin tutustumaan ryhmäläisten ajatuksiin ja sain selvästi luottamuksen puolelleni. Pyrin antamaan palautetta joka kerralla jokaiselle ryhmäläiselle erikseen harjoitteiden ja tehtävien suorittamisesta sekä kannustamaan tekemisessä. Psykkisistä häiriöistä kärsivät tarvitsevat ohjaajan jatkuvaa kannustusta ja

tukea tekemisen motivointiin (Ojanen 2002, 125). Ryhmäläisten panos näkyi ja kuului innostuksena ja haluna päästä jokaiselle tapaamiskerralle.

Transteoreettisen muutosvaihemallin harkintataso toteutui kaikilla pilottiryhmäläisistä, koska he tiedostivat liikunnan merkityksen ja pohtivat selvästi keskusteluissa liikuntakäyttäjytymisen muutostarvetta, mutta eivät välttämättä olleet vielä valmiita sitä toteuttamaan. Motivoinnin jatkuminen olisi tärkeää tässä vaiheessa, jotta ryhmäläiset pääsisivät eteenpäin liikuntakäyttäjytymisen muutoksessa. Muutosprosessit ovat aina aikaa vieviä, joten harkintatasoon pääseminen oli hyvä saavutus näinkin lyhyellä aikavälillä.

Tapaamiskertojen ja koko projektin tiedottamisen jätin A-kodin johtajan vastuulle. Muutosprosesseissa johdon kautta tapahtuva viestintä on tehokkainta. Selvintä on se, että ilman viestintää muutosprosessit epäonnistuvat. (Stenvall & Virtanen 2007, 60.) Jälkikäteen mietin, olisiko pitänyt itse tehdä vielä enemmän pilottiryhmän markkinointiin henkilökunnalle, jotta olisin saanut enemmän vastetta henkilökunnan panostukseen. Pohdin myös olisiko etukäteisinfo koko A-kodin henkilökunnalle ennen pilottiryhmän toteutuksia tuonut parempia tuloksia koskien arviointilomaketta ja terveysliikunnan ”tietopaketin” käyttöönottoa. Henkilökunnasta olisi voinut osallistua vähintään kaksi pilottiryhmän tapaamiskerroille, koska tuolloin työntekijät olisivat voineet jakaa ajatuksiaan ja saada aikaiseksi keskustelua aiheeseen liittyen myös muiden työntekijöiden kanssa.

Myös henkilökunnan luentoon osallistuneita oli melko vähän, joten minun olisi pitänyt sopia vieläkin täsmällisemmin A-kodin johtajan kanssa siitä, kuinka monen toivoisin osallistuvan luennolle sekä kehottaa muokkaamaan työlistoja sen mukaan. Vapunaatto ja perjantapäivä yhdessä eivät olleet kannustavia aikoja henkilökunnan luennon pitämiseen, koska monella se oli vapaapäivä tai työajan lyhennyspäivä.

Tässä projektissa keskityin enemmän siihen minkälaisen vasteen päihdekuntoutajat antavat terveysliikuntaneuvontaan, jolloin henkilökunnan panos ja motivointi jäi hieman taka-alalle. Koin, että aluksi pitää selvittää miten päihdekuntoutajat kokevat terveysliikuntaneuvonnan. Mikäli tuloksissa olisi tullut selvästi ilmi neuvonnan väheksyminen, olisi jatkosuunnitelmien miettiminen pohjautunut enemmän siihen mik-

si he kokivat sen huonona. Nyt henkilökunnalle voidaan näyttää tuloksia siitä, että päihdekuntoutajat ovat valmiita terveysliikuntaneuvontaan.

Mietin olisiko henkilökunnalle pitänyt järjestää enemmän luentoja ja yhdistää heitä järjestämään pilottiryhmälle terveysliikuntaan liittyen toteutuksia. Lisäkoulutuksella ja uusilla työjärjestelyillä uskoisin olevan positiivisia vaikutuksia siihen, että henkilökunta kokisi itse pystyvänsä jatkamaan terveysliikuntaneuvontaa osana muuta työtään, koska kuitenkin he kokevat tämän tärkeäksi osa-alueeksi.

Henkilökunnan lisäkoulutuksella olisi luultavasti saanut enemmän tuloksia myös arviointilomakkeen ja terveysliikunnan ”tietopaketin” käyttöönottoon liittyen. Nyt arviointilomakkeen toimivuutta ei pystynyt arvioimaan ollenkaan, koska loppukyselyyn vastanneet työntekijät ilmoittivat, että eivät olleet ottaneet arviointilomaketta lainkaan käyttöönsä. Arviointilomakkeen käytön perehdytysluennolla se olisi tullut tutuksi ja näin ollen helpommin käyttöön otetuksi. Kesäaika ei ollut paras valinta arviointilomakkeen käyttöön ottoon, koska tuolloin A-kodilla työskenteli paljon sijaisia ja vakituiset työntekijät olivat lomalla.

Opinnäytetyön tekeminen oli rikastuttava kokemus, koska sen avulla perehdyin erilaiseen kuntoutusmuotoon ja sain kokea kuinka haastavaa terveysliikuntaneuvontaa ja erityisesti henkilökunnan mukaan saaminen toteuttamaan terveysliikuntaneuvontaa on. On hienoa, että toivoa on olemassa henkilökunnankin suhteen, koska loppukyselyyn vastanneista osa harkitsi ”tietopaketin” ja arviointilomakkeen käyttöönottoa. Sinällään muutosta A-kodin toiminnassa on vaikea määrittää.

Projektin tavoitteena oli monipuolistaa päihdekuntoutuksen terveysliikunnan osuutta ja fyysisen terveyden arvioinnin ominaisuuksia. Osittain sain herätettyä A-kodille alkukipinän tuohon tavoitteeseen projektillani, mutta usein muutosprosessit vievät todella paljon enemmän aikaa ja vaativat koko henkilökunnan täydellisen panostuksen ennen kuin toimintatapoja ollaan valmiita muuttamaan. Muutos vaatii ajallista ymmärrystä ja muutoksen erilaisten näkökulmien tiedostamista. Henkilöstö ja johto saattaa olla muutosprosessissa aivan eri vaiheissa, joka usein vaikeuttaa muutoksen toteutumista. (Stenvall ym. 2007, 50–52.) Esimiehen tehtävä on valaa uskoa työntekijöilleen muutoksesta ja sen hyödyistä (Laaksonen, Niskanen, Ollila, Risku 2005,

44). Kaiken kaikkiaan puolen vuoden projektini oli lämmittely ajatusmalliin terveysliikuntaneuvonnasta. Ajatusmallin eteenpäin vieminen vaatisi useamman vuoden moniammatillista yhteistyötä.

Ihminen on kokonaisuudessaan psyko-fyysis-sosiaalinen (Kantaneva 2009, 11), joten myös päihdekuntoutuksessa tulisi henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin lisäksi ottaa vieläkin enemmän huomioon ihmisen fyysinen hyvinvointi ja kannustaa sekä kyetä antamaan neuvoja fyysisen hyvinvoinnin ylläpitoon. Yleistyttyään päihdeongelmat koskettavat yhä laajemmin koko sosiaali- ja terveyshuoltoa sekä uudella tapaa fysioterapian mahdollisuutta osallistua päihdekuntoutukseen ja luoda siten nyky-yhteiskunnalle toimivampi päihdekuntoutuskokonaisuus. Opinnäytetyöni on vain raapaisu tuosta ajatuksesta, mutta toivottavasti se herättää ajatuksia myös muissa päihdekuntoutuslaitoksissa täydentämään fyysisen hyvinvoinnin osa-aluetta.

6.3 Projektin jatkosuunnitelmia

Yhtenä jatkoprojektina voisi olla henkilökunnan lisäkouluttaminen ja tutustuttaminen vielä paremmin terveysliikuntaneuvonnan pariin, koska pilottiryhmän tulosten perusteella päihdekuntoutujat todella arvostavat terveysliikuntaneuvontaa ja kokevat fyysisen terveyden yhtenä osana toimintakykyään. Joten olisi tärkeää saada henkilökunta innostumaan vielä enemmän aiheesta. Tällöin henkilökunnasta voitaisiin valita tietyt henkilöt, jotka työstäisivät ja veisivät asiaa eteenpäin.

Toisena jatkoprojektina voisi olla arviointilomakkeen kehittäminen sen käyttöönoton jälkeen. Myös tähän aiheeseen liittyen tulisi henkilökuntaa ensin saada enemmän innostumaan aiheesta ja auttaa heitä perehtymään enemmän arviointilomakkeeseen, jotta sen käyttö tulisi tutuksi. Tällöin olisi hyvä perehtyä enemmän päihdekuntoutujien haastattelutilanteeseen ja mennä jopa mukaan seuraamaan muutamaa haastattelutilannetta ja niissä neuvoa arviointilomakkeen täyttöä.

Projektin loputtua ymmärsin itsekin, miten tärkeä kokonaisuus terveyden edistäminen ja terveysliikunta olisivat päihdekuntoutujien parissa. Tämä olisi myös melko uusi työnsarka fysioterapeutteja ajatellen, koska sinällään Suomessa ei kovin montaa

fysioterapeuttia työskentele päihdekuntoutujien parissa. Päihdekuntoutajat tarvitsisivat fysioterapeuttien ammattitaitoa myös esimerkiksi tuki- ja liikuntaelimestön ongelmissa, joita pilottiryhmän kyselyssä tuli esille esimerkkien muodossa. Projektin tuloksien kautta fysioterapeutti toisi uutta näkökulmaa päihdekuntoutukseen ja sopisi hyvin päihdekuntoutuksen moniammatilliseen yhteistyöhön yhdeksi asiantuntijaksi. Muutos vaatii aina kehittämistyötä, jolla organisaatio pärjäisi kilpailutilanteissa. Menestyäkseen organisaation tulee seurata ympäristön ja asiakkaiden tarpeiden muutosta. (Laaksonen ym. 2005, 44.) Mielestäni edellä mainittu teoriatieto kokoaa hyvin fysioterapeutin mahdollisuuksia päihdekuntoutuksen saralla, koska projektini tuloksissa tulee selvästi ilmi päihdekuntoutujien valmius fyysisen hyvinvoinnin esiin nostamiseen henkisen hyvinvoinnin lisäksi.

LÄHTEET

Ahola, A. 2005. Koettu terveys on myös inhimillistä pääomaa. Hyvinvointikatsaus 4, 48–52. Viitattu 19.9.2010.

http://www.stat.fi/tup/hyvinvointikatsaus/surlab4_2005.pdf

Alen, M. & Rauramaa, R. 2005. Liikunnan vaikutukset elinjärjestelmittain. Teoksessa Vuori I., Taimela S. & Kujala U. (toim.) Liikuntalääketiede, 3. uud. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Finlex®. Lait. Viitattu 23.8.2010. <http://www.finlex.fi>

Fogelholm, M. & Oja, P. 2005. Terveysliikunnan määrä ja laatu. Teoksessa Fogelholm M. & Vuori I. (toim.) Terveysliikunta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Fogelholm, M. 2007. Terveysliikunta – monen politiikan tulos. Terveysliikunnan tutkimusuutiset: tutkimustieto rohkaisee liikkumaan. UKK-instituutti. Viitattu 3.9.2010. <http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/192-tutkimusuutiset.pdf>

Fogelholm, M., Paronen, O. & Miettinen, M. 2007. Liikunta hyvinvointipoliittinen mahdollisuus. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:1. Viitattu 4.9.2010. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3824.pdf&title=Liikunta___hyvinvointipoliittinen_mahdollisuus_fi.pdf

Green, J. & Tones, K. 2010. Health promotion – planning and strategies. 2. edition. London: SAGE Publications Ltd.

Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. (toim.) 2008. Päihdehoitotyö. 5. uud. painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Jyväskylä.

Heikkala, J. 2007. Liikunta laajenee hyvinvoinnin suuntaan – entä rakenteet. Liikunta & Tiede 44 (3-4). 16–19.

Heikkinen, E. 2005. Keski-ikäisten ja iäkkäiden liikunta. Teoksessa Vuori I., Taimela S. & Kujala U. (toim.) Liikuntalääketiede, 3. uud. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2008. Mieli ja terveys. Helsinki: Edita Prima.

Heiskanen, J. & Mätkä, E. 2002. Tuki- ja liikuntaelämänsä sairaudet. Teoksessa Mätkä, E. & Rintala, P. (toim.) Uusi erityisliikunta – liikunnan sovellutukset erityisryhmille. Liikuntatieteellisen Seuran julkaisu nro 154. Helsinki.

Herrala, H., Kahrola, T., & Sandström M. 2008. Psykofyysinen ihminen. Helsinki: WSOY.

Hirvonen, E., Koponen, P. & Hakulinen, T. 2002. Yksilö, perhe ja yhteisö muutoksessa – näkökohtia terveyteen. Teoksessa Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M., & Sirola, K. (toim.) Terveystieteen edistäminen – uudistuvat työmenetelmät. Juva: WSOY.

Holopainen, A. 2008. Alkoholiongelmat. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus, 2. uud. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Huttunen, J. 2009. Mitä terveys on? Terveyskirjasto, Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 19.9.2010.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=dlk00903&p_haku=

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2008. Kuntoutuskäsityksen muutos ja asiakkuuden muotoutuminen. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus, 2. uud. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Järvikoski, A. & Karjalainen, V. 2008. Kuntoutus monitieteisenä ja – alaisena prosessina. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus, 2. uud. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2004. Kuntoutuksen perusteet. Vantaa: WSOY.

Kankaanpään A-koti. Viitattu 12.8.2010. <http://www.a-koti.com>

Kantaneva, M. 2009. Terveysliikkujan opas – testaa, kehity ja onnistu. Docendo Sports.

Koljonen, M. & Rintala P. 2002. Soveltavan liikunnanohjauksen ja – opetuksen perusteet. Teoksessa Mälkiä, E. & Rintala, P. (toim.) Uusi erityisliikunta – liikunnan sovellutukset erityisryhmille. Liikuntatieteellisen Seuran julkaisu nro 154. Helsinki.

Koponen, H., & Lepola, U. 2008. Päihdehäiriöt. Teoksessa Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Isohanni, M., Joukamaa, M. & Hakola, P. (toim.) Psykiatria, 1-3. painos. Helsinki: WSOY.

Koski-Jännes, A. 2008. Johdanto. Teoksessa Koski-Jännes, A., Riittinen, L. & Saarnio, P. (toim.) Kohti muutosta – motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Koski-Jännes, A., Jussila, A. & Hänninen, V. 2000. Miten riippuvuus voitetaan? Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otava.

Koskinen, S., Kilpeläinen, M. & Laakso, E. 2007. Päihteet – tupakka, alkoholi, ja huumeet palvelussuhteen ongelmina. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kujasalo, A. & Nykänen, H. 2005. Viinin viemää – nainen alkoholin ansassa. Myllyhoitoyhdistys ry. Helsinki: Kirjapaja Oy.

Käypä hoito – suositus 2005. Alkoholiongelmaisen hoito. Duodecim 2005; 121:788–803. Viitattu 3.9.2010. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50028.pdf>

Käypä hoito – suositus 2006. Huumeongelmaisen hoito. Duodecim 2006;122:596–614. Viitattu 3.9.2010. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50041.pdf>

Laaksonen, H., Niskanen, J., Ollila, S. & Risku, A. 2005. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita Prima Oy.

- Lappalainen-Lehto, R., Romu, M-L. & Taskinen, M. 2008. Haasteena päihteet – ammatillisen päihdetyön perusteita. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Marttila, J. 2007. Käyttäytyminen ei muutu käskystä. Diabetes ja lääkäri 4/2007 (vol. 36). 18–22.
- Meriläinen, R. 2007. Liikkumattomuuden inhimilliset tekijät. Liikunta & Tiede 44 (3-4). 12–15.
- Niiniluoto, I. 2007. Liikkumattomat liikkeelle – valistusta vai holhousta? Liikunta & Tiede 44 (3-4). 8-11.
- Nupponen, R. & Suni, J. 2005. Henkilökohtainen liikuntaneuvonta. Teoksessa Fogelholm M. & Vuori I. (toim.) Terveysliikunta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Ojanen, M. 2002. Psyykkiset häiriöt ja mielenterveys. Teoksessa Mälkiä, E. & Rintala, P. (toim.) Uusi erityisliikunta – liikunnan sovellutukset erityisryhmille. Liikuntatieteellisen Seuran julkaisu nro 154. Helsinki.
- Ojanen, M., Nyman, M. & Halme, J. 2001. Suomalaiset hyvän elämän mittareilla. Teoksessa Ojanen, M., Nyman, M., Svennevig, H. & Halme, J. (toim.) Liiku oikein – voi hyvin – liikunnan merkitys hyvinvoinnille. Helsinki: Liikuntatieteellisen Seuran julkaisu nro 153.
- Poikolainen, K. 2003. Päihteet ja kansanterveys. Teoksessa Salaspuro, M., Kiianmaa, K., Seppä, K. (toim.) Päihdelääketiede, 2. uud. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Poskiparta, M., Kaasalainen, K. & Kasila, K. 2009. Liikuntamotivaatio syntyy tiedosta, ymmärryksestä, asenteista ja uskomuksista. Liikunta & Tiede 46 (4). 46-50.
- Rehunen, S. 1997. Terveys ja liikunta. VK-kustannus Oy. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- SalpaNet: päihdekuntoutus 2006. Viitattu 27.8.2010.
<http://www.salpanet.fi/Public/default.aspx?nodeid=8260&culture=fi-FI&contentlan=1>
- SalpaNet: tilannekarttoitus 2006. Viitattu 27.8.2010.
<http://www.salpanet.fi/Public/default.aspx?nodeid=8259&culture=fi-FI&contentlan=1>
- Sandström, M. 2010. Psykye ja aivotoiminta – neurofysiologinen näkökulma. Helsinki: WSOYpro OY.
- Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveiden edistäminen esimerkein - käsitteitä ja selityksiä. Terveiden edistämisen keskuksen julkaisuja – sarja 3/2005. Helsinki: Edita Prima Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Terveyden edistämisen laatusuositus. Helsinki 2006. Viitattu 1.9.2010.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-9303.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö: mielenterveys- ja päihdepalvelut 2010. Viitattu 23.8.2010.

http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/mielenterveys_ja_paihdepalvelut

Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3. Päihdepalvelujen laatusuositukset. Viitattu 23.8.2010.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-4607.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö: päihdehaitat 2009. Viitattu 23.8.2010.

<http://www.stm.fi/hyvinvointi/paihdehaitat>

Sosiaali- ja terveysministeriö: päihdetyö- ja palvelut 2009. Viitattu 23.8.2010.

http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/paihdetyo_ja_palvelut

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:51. Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän raportti - kevään 2007 toiminta. Helsinki 2007. Viitattu 3.9.2010.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3742.pdf&title=Kansallisen_terveydenhuollon_hankkeen_seurantaryhman_raportti_Kevaan_2007_toiminta.fi.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö: sosiaali- ja terveyspalvelut 2009. Viitattu 23.8.2010.

http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/paihdetyo

Sosiaali- ja terveysministeriö tiedote 103/2010. Ministeri Risikko: Kaste-rahaa päihde- ja mielenterveystyöhön. Viitattu 16.8.2010.

<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1489427>

Stenvall, J. & Virtanen, P. 2007. Muutosta johtamassa. Helsinki: Edita Prima Oy.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2010. Mieli ja päihde. Viitattu 23.8.2010.

<http://info.stakes.fi/mielijapaihde/FI/index.htm>

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2009. Päihdetilastollinen vuosikirja 2009 - alkoholi ja huumeet. Viitattu 16.8.2010.

<http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/paihde/Paihdetilastollinen2009.pdf>

Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa – valmentava elämäntapaohjaus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Toropainen, E. 2007. Tuloksellinen terveysliikunnan edistäminen. Terveysliikunnan tutkimusuutiset: tutkimustieto rohkaisee liikkumaan. UKK-instituutti. Viitattu 5.10.2010.

<http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/192-tutkimusuutiset.pdf>

Turtonen, J. 2006. Mielenterveysongelmat – mistä apua? Helsinki/Jyväskylä: Minerva Kustannus Oy.

Törne, M., Tuominen, H. & Keckman, M. 2008. Terveysliikunnan palveluketju liikuntakäyttäjymisen muutosta tukemaan. *Fysioterapia* 55 (5). 44–46.

UKK-instituutti 2010. Terveysliikuntasuositukset ja liikuntapiirakka. Viitattu 19.9.2010.

<http://www.ukkinstituutti.fi/ammattilaisille/terveysliikuntasuositukset/liikuntapiirakka>

Vanakoski, J. & Ylitalo, P. 2005. Lääkkeet ja liikunta. Teoksessa Vuori I., Taimela S. & Kujala U. (toim.) *Liikuntalääketiede*, 3.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Valtioneuvosto 2002. Kuntoutusselonteko. Viitattu 12.9.2010.

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/kuntselonteko2002/kselte02.pdf>

Vertio, H. 2003. Terveiden edistäminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vuori, I. 2003. *Lisää liikuntaa*. Helsinki: Edita Prima Oy.

Vuori, I. 2005. Liikunta, kunto ja terveys. Teoksessa Vuori I., Taimela S. & Kujala U. (toim.) *Liikuntalääketiede*, 3. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Vuori, I. 2005b. Liikunnan vaikutustapa. Teoksessa Fogelholm M. & Vuori I. (toim.) *Terveysliikunta*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Vähäsarja, K., Poskiparta, M., Kettunen, T. & Kasila, K. 2004. Transteoreettinen muutosvaihemalli perusterveydenhuollon liikuntaneuvonnassa. *Liikunta & tiede* 6/2004, 81–88.

Kankaanpään A-koti



Tutkimuslupa

Tutkimusluvan hakijan tiedot

nimi: Kirsi Bragge

osoite: _____

puhelin: _____

sähköposti: [redacted]

Tutkimuksessa käytettävä aineisto, jonka käyttämiseen tai keräämiseen lupa haetaan:

Projektin toteutukseen liittyen tehtävien ja kyselyiden vastaukset.

Tutkimusaineiston säilytys tutkimuksen teon aikana ja sen jälkeen

Säilytän aineiston itselläni opinnäytetyön tekemisen ajan.

Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen aineisto tuhoaan.

Tutkimuksen työnimi Terveysliikuntainnon herättäminen osana päihdekuntoutusta
Kankaanpään A-kodilla.

Lyhyt tutkimuskuvaus ja aikataulu (voi olla myös liitteenä)

Projekti suunnitelma liitteenä.

Tietojen käyttötarkoitus

opinnäytteen taso: ammattikorkeakoulu

muu tutkimus: _____

muu tarkoitus, mikä: _____

oppilaitos, jolle tutkimusta tehdään ja työn ohjaaja(t):

Satakunnan ammattikorkeakoulu sosiaali- ja terveysala

Marjo Keckman

Allekirjoittanut tutkimuksen/opinnäytteen tekijä sitoutuu allekirjoituksellaan noudattamaan henkilötietolain (523/99, ks. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>) määräyksiä sekä huolehtimaan siitä, että tutkimuksessa mukana olevien henkilöiden anonymiteetti säilyy tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Tutkija sitoutuu myös huolehtimaan siitä, että tutkimuksessa mukana olevat henkilöt toimivat vapaaehtoisesti, saavat tarpeeksi tietoa kyseessä olevasta tutkimuksesta sekä siitä, mihin heistä kerättävää tietoa käytetään. Tutkijan on myös selvitettävä, missä aineisto säilytetään tutkimuksen teon jälkeen vai tuhotaanko se.

Tutkija toimittaa yhden kappaleen valmiista tutkimuksesta Kankaanpään A-kotiin.

Kankaanpäässä 19.3./2010



tutkimuksen/opinnäytetyön tekijä



A-kodin johtaja

Satakunnan ammattikorkeakoulu
sosiaali- ja terveysala

Kirsi Bragge

samk
Satakunnan ammattikorkeakoulu
13.4.2010

KYSELY: Vastaa omien sanojen mukaan seuraaviin kysymyksiin. Kiitos!

1. Nimi:
2. Ikä:
3. Sukupuoli:
4. Kuinka monta kertaa olet ollut päihdekuntoutuksessa? Miten pitkiä jaksot ovat olleet?

5. Miten pitkä päihdekuntoutusjakso nyt on meneillään?

6. Millaisena koet oman terveytesi tällä hetkellä?

7. Millaisena koet oman fyysisen aktiivisuutesi tällä hetkellä?

8. Millaisia omat liikkumiskokemuksesi ovat tällä hetkellä?



9. Mitä mieltä olet terveystietokonekuvannasta osana päihdekuntoutusta?

10. Miten koit tämän kaltaisen toteutuksen? Mitä hyvää/huonoa?

11. Mitä mieltä olet terveystietokunnasta?

12. Miten toteutus sai sinut miettimään omia liikkumiskokemuksiasi ja omaa terveyttäsi?

13. Millaisia vinkkejä sait terveystietokuntaan liittyen?

Satakunnan ammattikorkeakoulu
sosiaali- ja terveysala

Kirsi Bragge

samk
Satakunnan ammattikorkeakoulu
30.4.2010

KYSELY

Vastaa omien sanojen mukaan seuraaviin kysymyksiin. Kiitos!

1. Nimi:
2. Sähköposti (myöhempää kyselyä varten):
3. Ammatti/toimi A-kodilla:
4. Sukupuoli:
5. Mitä mieltä olet terveystoiminnasta?

6. Mitä mieltä olet terveystoimintaneuvonnasta osana päihdetuntoutusta?

7. Miten tärkeäksi koet terveystoimintaneuvonnan liittämisen osaksi Kankaanpään A-kodin päihdetuntoutusta?

8. Minkälaiset mahdollisuudet sinulla on aloittaa/jatkaa terveystieteiden opintoja luennon jälkeen A-kodilla? Arvioi millaiset resurssit (käytettävissä oleva työaika, tieto, motivaatio) sinulla on toteuttaa terveystieteiden opintoja.

9. Miten aiot toimia, jotta terveystieteiden opintoja tulisi osaksi A-kodin päihdehoitoa?

10. Miten perehdytysluento mielestäsi sujui? Mitä odotit? Mitä hyvää/huonoa? Arvioi myös lisäkoulutuksen tarpeellisuutta ja hyödyllisyyttä.

Satakunnan ammattikorkeakoulu
sosiaali- ja terveysala

Kirsi Bragge



TERVEYSLIIKUNNAN KARTOITUS

Vastaa omien sanojen mukaan seuraaviin kysymyksiin. Kiitos!

1. NIMI:

2. LIIKKUMISJANA

Merkitse itsesi janalle rastilla, siihen kohtaan, mikä kuvaa parhaiten tämän hetkistä liikunta-aktiivisuuttasi.

ei lainkaan
liikuntaa



liikuntaa
terveysliikunta-
suositusten
mukaan

Terveysliikuntasuositus 18–64 –vuotiaille (UKK-instituutti):

- Kestävyyskunto
 - Ripeä kävely (kohtuullisen kuormittava) useana päivänä viikossa, vähintään 2 h 30 min/vko (arki- ja työliikunta, kävely, sauvakävely, marjastus) TAI
 - Rasittavampaa liikuntaa vähintään 1 h 15 min/vko (sauvakävely, pyöräily, juoksu)
 - Liikkuminen voidaan jakaa esimerkiksi kolmelle päivälle viikossa ja pilkkoa 10 minuutin kertoihin
- Lihaskuntoa ja liikehallintaa
 - 2 krt/vko lihaskuntoa kohentavaa (suuret lihasryhmät) ja tasapainoa kehittävää liikuntaa (kuntosali, kuntopiirit, jumpat, tanssi, hiihto, luistelu)
 - Venyttely
- **HUOM!** Vähäinenkin säännöllinen liikkuminen terveyden kannalta on parempi kuin ei ollenkaan, mutta terveysliikunnaksi eivät riitä muutaman minuutin kestoiset arkiset askareet.

3. TÄMÄN HETKINEN LIIKUNTA-AKTIIVISUUS

Listaa 3 tavallista liikunnan tai fyysisen aktiivisuuden muotoasi viime aikoina.

-
-
-

4. AIEMMAT LIIKKUMISKOKEMUKSET (esim. nuoruuden harrastukset)

Listaa 3 aiempaa liikuntaharrastustasi tai muuta liikkumista terveysliikuntasuositusten mukaisesti.

-
-
-

5. LIIKKUMISEN ESTEET

Mikä estää sinua tällä hetkellä liikkumasta? Listaa 3 eri tekijää ja perustelee.

-
-
-

6. VAPAA-AIKA

Mihin kulutat vapaa-aikasi (tv:n katselu, musiikin kuuntelu, käsityöt, liikunta ym.) ? Listaa 3 eniten vapaa-aikaasi vievää tekemistäsi tärkeysjärjestykseen (1=tärkein).

- 1.
- 2.
- 3.

7. TOIVOMUKSIA

Mitä haluaisit harrastaa tai kokeilla fyysiseen aktiivisuuteen liittyen tulevaisuudessa esim. lentopallon tai hölkän aloittaminen.

-
-
-

Satakunnan ammattikorkeakoulu sosiaali- ja terveysala
Kirsi Bragge



26.8.2010

LOPPUKYSELY

Vastaa seuraaviin kysymyksiin omin sanoin ja lopuksi on vapaan sanan kohta, johon voit kirjoittaa projektista mieleen nousseita asioita. Kiitos!

1. Nimi:
2. Ammatti/toimi A-kodilla:
3. Miten olet omalta osaltasi ottanut käyttöön terveystietokannan "tietopaketti"? Miten olet muuttanut terveystietokantaneuvontaasi "tietopaketti" myötä?

4. Miten koet terveystietokantaneuvonnan kuuluvan osaksi A-kodin toimintaa? Miten terveystietokantaneuvonta näkyy/kuuluu A-kodin arjessa (esim. päivittäin, keskustelut)?

5. Miten olet ottanut arviointilomakkeen, liittyen terveystietokantaan, käyttöön? Miten käyttöönotto sujui esim. miten selkeä arviointilomake oli?



6. Miten arviointilomake on toiminut? Mitä parannusehdotuksia?

7. Vapaa sana
